DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

St.prp. nr. 1

(2005–2006)

FOR BUDSJETTÅRET 2006

Utgiftskapitler: 700–761 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3700–3751, 5577 og 5578

Innhold

Del I

Innledende del 9

1 Helse- og omsorgspolitikken 11

2 Profilen i budsjettforslaget 17

3 Budsjett- og strukturtiltak 23

4 Oversiktstabeller 25

Del II

Budsjettforslaget 31

Programområde 10 Helse og omsorg 33

Programkategori 10.00
Helse- og omsorgsdepartementet mv. 33

Kap. 0700 Helse- og omsorgsdepartementet (jf. kap. 3700) 33
Kap. 0701 Forskning 35
Kap. 0702 Helse- og sosialberedskap 40
Kap. 0703 Internasjonalt samarbeid (jf. kap. 3703) 43

Programkategori 10.10 Folkehelse 48

Kap. 0710 Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 3710) 49
Kap. 3710 Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 710) 53
Kap. 0712 Bioteknologinemnda (jf. kap. 3712) 54
Kap. 3712 Bioteknologinemnda (jf. kap. 712) 54
Kap. 0715 Statens strålevern (jf. kap. 3715) 55
Kap. 3715 Statens strålevern (jf. kap. 715) 57
Kap. 0719 Folkehelse 57

Programkategori 10.20 Helsetjeneste 67

Kap. 0720 Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 3720) 68
Kap. 3720 Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap 720) 77
Kap. 0721 Statens helsetilsyn (jf. kap. 3721) ... 78
Kap. 3721 Statens helsetilsyn (jf. kap 721) 83
Kap. 0722 Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 3722) 83
Kap. 3722 Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 722) 87
Kap. 0723 Pasientskadenemnda (jf. kap. 3723) 87
Kap. 3723 Pasientskadenemnda (jf. kap. 723) 88
Kap. 0724 Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak (jf. kap. 3724) 89
Kap. 3724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell 99
Kap. 0725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap 3725) 100
Kap. 3725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap. 725) 101
Kap. 0726 Habilitering og rehabilitering og tiltak for rusmisbrukere 102
Kap. 0727 Tannhelsetjenesten 111
Kap. 0728 Forsøk og utvikling mv. 115
Kap. 0729 Annen helsetjeneste 121

Programkategori 10.30 Regionale helseforetak 125

Kap. 0732 Regionale helseforetak (jf. kap. 3732) 126
Kap. 3732 Regionale helseforetak (jf. kap 732) 163
Kap. 0737 Kreftregisteret 164

Programkategori 10.40 Psykisk helse 167

Kap. 0742 Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter 168
Kap. 0743 Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse 170
Kap. 0744 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede 198

Programkategori 10.50 Legemidler 199

Kap. 0750 Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578) 199
Kap. 3750 Statens legemiddelverk (jf. kap. 750) 202
Kap. 5578 Avgift på farmasøytiske spesialpreparater (jf. kap. 750) 203
Kap. 0751 Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 3751 og 5577) 203
Kap. 3751 Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 751 og 5577) 205

Kap. 5577 Legemiddelomsetningsavgift (jf. kap. 751) 205

Programkategori 10.60 Omsorgstjenester 206
Kap. 0760 Utredningsvirksomhet m.m. 218
Kap. 0761 Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet 219

Programområde 30 Stønad ved helsetjenester 242

Programkategori 30.10 Spesialisthelsetjenester m.v. 244
Kap. 2711 Spesialisthelsetjenester mv. 244

Programkategori 30.50 Legehjelp, legemidler m.v. 250
Kap. 2750 Syketransport m.v. 250
Kap. 2751 Legemidler mv. 251
Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling 255
Kap. 2755 Helsetjeneste i kommunene mv. 257

Programkategori 30.90 Andre helsetiltak 262
Kap. 2790 Andre helsetiltak 262

Del III

Omtale av særlige tema 265

6 Strategisk arbeid på kreftområdet 267

7 Behandling av kroniske smertepasienter og palliativ behandling 270

8 Nasjonal plan for forebygging, forskning og behandling av diabetes 271

9 Barn og unges psykiske helse .. 274

10 Sektorovergripende miljøvernpolitikk 281

11 Integrering av kjønns- og likestillingsperspektivet i budsjettet 284

12 Fornying, organisasjons- og strukturendring i statsforvaltningen 288

13 Oppfølging av anmodnings-vedtak fra Stortinget 290

Forslag til vedtak om bevilgning for budsjettåret 2006, kapitlene 700–761 og 2711–2790, 3700–3751, 5577 og 5578 294

Vedlegg 1

Omtale av ansettelsesvilkårene til ledere i heleide statlige foretak 302

Figuroversikt

Figur 1.1 Helseutgifter etter finansieringskilde 2004. 13
Figur 5.1 Andel av ordinært avviklede pasienter fra venteliste som er tildelt rett til helsehjelp for årene 2000–2005 (SAMDATA 2004) 129
Figur 5.2 Median ventetid i dager for årene 2001 til 2004 for noen utvalgte sykdomsgrupper (SAMDATA 2004) 129
Figur 5.3 Opptrapping i driftsmidler 1999–2008 174
Figur 5.4 Bevilgning til investeringer i spesialisthelsetjenesten 1999–2008 175
Figur 5.5 Botilbud i institusjon og omsorgsboliger 1997–2004 207
Figur 5.6 Mottakere av pleie- og omsorgstjenester etter alder 1995–2004 209

Oversikt over bokser

Boks 2.1 Viktige satsinger på Helse- og omsorgsdepartementets område (faste priser i forhold til saldert budsjett 2005) 18
Boks 5.1 Diagnoserelaterte grupper (DRG) 153

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

St.prp. nr. 1

(2005–2006)

FOR BUDSJETTÅRET 2006

Utgiftskapitler: 700–761 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3700–3751, 5577 og 5578

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 30. september 2005, godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Bondevik II)

Del I
Innledende del

1 Helse- og omsorgspolitikken

Regjeringens mål

Regjeringens politikk bygger på:
- respekt for menneskelivet og menneskeverdet
- omsorg for svakstilte
- satsing på forebygging
- personlig ansvar for egen helse
- felleskapsansvar for et helsetjenestetilbud til alle

Helse og omsorg har avgjørende betydning for menneskers livskvalitet. Regjeringen setter derfor pasienten i sentrum for sin helsepolitikk. Pasienter og brukere skal møtes med omsorg og respekt i helse- og omsorgstjenesten.

Helsetjenesten skal tilby kvalitativt gode behandlingstilbud til alle. Målet er et likeverdig tilbud av helsetjenester, uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi og den enkeltes livssituasjon.

Helse- og omsorgstilbudet skal tilpasses den enkelte. Pasienter og brukere skal ha valgfrihet og medbestemmelse.

Informasjon, kvalitetssikring og god ressursutnyttelse er nødvendig for å sikre en god helse- og omsorgstjeneste. Alle deler av tjenesten skal samarbeide for å sikre helhetlige behandlingstilbud.

Frivillige og private aktører er viktige supplement og korrektiv til den offentlige helse- og omsorgstjenesten.

Helse- og omsorgstilbudet skal hjelpe alle til å kunne delta i samfunnet på lik linje ut fra egne forutsetninger. Det skal tilbys tjenester i brukernes nærmiljø, med mulighet for deltakelse, selvstendighet og mestring.

Folkehelsearbeidet skal bidra til redusert helserisiko og bedre helse for den enkelte. Det skal legges vekt på helse i samfunnsplanleggingen, og etableres nye allianser på tvers av samfunnssektorene.

Bio- og genteknologi er viktig for moderne medisin. Regjeringen legger føre var-prinsippet til grunn for vurdering av nye former for bio- og genteknologi, og arbeider nasjonalt og internasjonalt for menneskeverd og personlig integritet.

Prioritere dem som trenger det mest

Regjeringen prioriterer psykisk helse. Stortinget sluttet seg i juni 1998 til en forpliktende opptrappingsplan for å styrke tilbudet til mennesker med psykiske lidelser og intensivere det forebyggende arbeidet.

Rusreformen og regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2006–2008) skal gjøre behandlings- og rehabiliteringstilbudet bedre og mer samordnet. Det er nødvendig med en mer helhetlig statlig strategi for å støtte kommunenes oppfølging av rusmiddelmisbrukere. Det er et mål å øke andelen som kommer seg helt ut av misbruket eller får betydelig bedre livskvalitet. Dette skal gjøres gjennom offentlige og private behandlings- og rehabiliteringstilbud.

Valgfrihet og medbestemmelse

Gjennom innføring og styrking av pasientrettigheter har regjeringen gitt større makt til pasientene. Retten til fritt sykehusvalg gir større valgfrihet og bidrar til å utnytte de samlede ressursene i helsetjenesten. Individuell frist for behandling av pasienter med rett til nødvendig helsehjelp vil sikre trygghet for behandling i rett tid, og bidra til bedre prioritering. Regjeringen legger vekt på rettssikkerhet og at brukernes og pasientenes rettigheter ivaretas i praksis.

Pleie og omsorg skal i større grad tilpasses den enkeltes ønsker og behov. Regjeringen vil stimulere til økt valgfrihet for brukerne, og det skal legges til rette for større mangfold av tjenestetilbydere. Det skal fortsatt være et offentlig ansvar å sikre nødvendig pleie- og omsorgstjeneste til alle.

Et helhetlig behandlingstilbud

Regjeringen legger til grunn at behovet til den enkelte pasient skal være utgangspunkt for tjenestetilbudet. God samhandling i helsetjenesten skal sikre at alle opplever at tjenesten er til for dem, uavhengig av om det er helseforetakene, kommunene, fylkeskommunene eller private som tilbyr hele eller deler av tjenesten.

For det første må det være et godt samspill mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Systemer for samarbeid skal etableres og videreutvikles. Dette forutsetter en velutbygd primærhelsetjeneste med bl.a. god og stabil legedekning, god tilgjengelighet og riktig kvalitet. Regjeringen vil ta initiativ til å utvikle samspillet innad og mellom nivåene i helsetjenesten.

For det andre skal de regionale helseforetakene sørge for en spesialisthelsetjeneste der kvalitet, likeverdighet og tilgjengelighet er avgjørende. Regjeringen legger vekt på at alle skal ha trygghet for hvilke typer tjenester de kan motta ved sitt lokalsykehus.

For det tredje ønsker regjeringen å stimulere til at private helsetilbud utnyttes i samspill med den offentlige helsetjenesten.

Helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet

Sykehusreformen har gitt reduserte ventetider for pasientene. Pasientenes tilfredshet avhenger av god og rask tilgang til tjenestene. Organisasjonsstruktur og oppgavefordeling skal sikre høyest mulig kvalitet. Forskning, fagutvikling og spesialisering er nødvendig for å styrke behandlingstilbudet.

Det er nødvendig å videreutvikle indikatorer for å vurdere helsetjenestens kvalitative innhold. Den brukeropplevde kvaliteten skal vektlegges. Kvalitetsmålinger skal publiseres slik at disse blant annet kan brukes som grunnlag for pasientenes frie sykehusvalg. Det er særlig viktig å videreutvikle kvalitetsindikatorer som viser resultater av behandling.

Regjeringen vil fortsatt bidra til kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten, med vekt på valgfrihet og individuelle løsninger tilpasset den enkeltes behov. Et tilbud av god kvalitet skal både gi trygghet for at grunnleggende behov blir dekket, legge til rette for sosialt fellesskap og vise respekt for den enkeltes rett til selvstendighet og privatliv. Regjeringen vil gi kommunene frihet til å utforme gode pleie- og omsorgstjenester ut fra lokale forhold og behov.

Status i helse- og omsorgssektoren

Helse- og omsorgssektoren omfatter de kommunale helse- og sosialtjenestene, spesialisthelsetjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Det offentlige dekker 84 pst. av finansieringen. Denne andelen utgjorde om lag 168 mrd. kroner i 2004. Spesialisthelsetjenesten finansieres i hovedsak over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, mens de kommunale tjenestene i all hovedsak finansieres av kommunenes frie inntekter fra skatter og rammetilskudd.

Nedenfor gis en kort oversikt over helsetilstanden i befolkningen, ressursinnsatsen i sektoren og de store reformene som er gjennomført de senere årene. Videre presenteres følgende seks sentrale områder:

- samordning
- tilgjengelighet og ventetider
- ressursbruk og effektivitet
- prioritering
- likeverdighet
- kvalitet

Helsetilstanden i Norge er god

Nordmenn flest har høy livskvalitet. Ifølge helseundersøkelsen for 2002 opplever fire av fem at de har god eller meget god helse. Utbredelsen av varig sykdom, skader og funksjonshemming var tilnærmet uendret fra 1998 til 2002. Færre var plaget av langvarig, hemmende sykdom enn tidligere. OECD har i 2005 lagt fram en rapport som viser at helsetilstanden er god i Norge sammenliknet med andre OECD-land. Forventet levealder er høyere enn gjennomsnittet, spedbarnsdødeligheten blant de laveste, og overvekt er lite utbredt, om enn økende.

Psykiske lidelser har ulik varighet, alvorlighet og intensitet, og er et folkehelseproblem. En femdel av befolkningen har psykiske lidelser i mildere eller alvorligere grad. Selv om de fleste ikke er syke hele tiden, viser tallet at psykiske lidelser er svært utbredt, og at mange vil rammes en eller flere ganger i løpet av livet. Selv om norske barn og unge gjennomgående er friske og har god fysisk og psykisk helse, har mellom 15 og 20 pst. av alle barn og unge psykiske vansker, og om lag 8 pst. antas å ha behov for behandling.

Aldersdemens øker sterkt med økende levealder og flere eldre. I dag har om lag 60–70 000 personer alvorlig demens. Nær tre firedeler av dem som bor i sykehjem har en demenslidelse.

Røyking, spisevaner, fysisk aktivitet og alkohol er det som påvirker antall leveår sterkest.

- Antall røykere er gått kraftig ned de siste 30 årene.
- Alkoholforbruket i Norge er lavt i europeisk sammenheng, men øker. Blant ungdom er forbruket imidlertid gått ned de siste årene. Antall alkoholrelaterte dødsfall i Norge er stabilt.
- Antall narkotikarelaterte dødsfall er gått ned de senere årene, men i 2004 er det observert en økning.
- Overvekt og fedme er et økende problem i Norge, både blant barn og voksne. Overvekt dis-

ponerer for en rekke sykdommer som diabetes, hjerte- og karsykdommer og visse krefttyper.

Ressursbruk i verdenstoppen

I 2005-rapporten fra FNs utviklingsprogram, UNDP, er den norske helsetjenesten for femte år på rad verdensledende i ressursbruk, tilgjengelighet og omfang av tjenester. Helse- og omsorgstjenestens andel av nasjonalproduktet øker, og utgjorde 10 pst. i 2004. Utgifter til helse- og omsorgstjenester per innbygger i Norge er blant de høyeste i OECD, nest etter USA og Sveits.

Privat finansiering av helsetjenesten utgjør om lag 16 pst., og er i hovedsak egenandeler for bruk av offentlige finansierte tjenester. Framveksten av en del private og mer kommersielle tilbud har ikke endret dette. Sykehus-, pleie- og omsorgstjenestene koster mest for det offentlige. For husholdningene er tannhelsetjenester og legemidler den største utgiftsposten. Husholdningene finansierte en mindre del av de samlede utgiftene til lege- og tannlegetjenester og legemidler i 2004 enn de gjorde i 1997.

Figur 1.1 Helseutgifter etter finansieringskilde 2004.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Norge har en godt utbygd lokal helse- og sosialtjeneste. De kommunale tjenestene avlaster både familiene og spesialisthelsetjenesten, og står sentralt i den nordiske velferdsmodellen. Pleie- og omsorgstilbudet i Norge er fortsatt i stor grad basert på institusjoner. Hjemmetjenester og alternative boformer er imidlertid bygd sterkt ut de siste årene, både for mennesker med utviklingshemming og nedsatt funksjonsevne, og som erstatning for aldershjem og alternativ til sykehjem.

Norge skiller seg ut ved at det fortsatt brukes mye ressurser på døgnbehandling og drift av sengeavdelinger i psykisk helsevern. Tendensen til mer poliklinisk og ambulant virksomhet svarer til utviklingen i andre land.

Utgiftene til legemidler per innbygger har siste tiårsperiode økt med om lag 60 pst. Utgiftene til legemidler er lavere enn i mange andre OECD-land, men har de siste seks årene økt med om lag 7 pst. årlig.

Sammenliknet med andre OECD-land har Norge høyt antall helsepersonell per innbygger. Legedekningen er god, og er særlig bedret de siste 4–5 årene, selv om mange leger i distrikskommunene er korttidsvikarer. Norge har en av de beste tannlegedekningene i Europa, og ligger på andreplass i tilgang på sykepleiere. Utfordringen for tannhelsetjenesten er geografisk fordeling og rekruttering til offentlige stillinger.

Helse- og sosialtjenesten utgjør om lag 40 pst. av de kommunale utgiftene. Kommunenes brutto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenesten var i 2004 på 51 milliarder kroner.

Store reformer

Sektoren har de siste årene vært gjennom omfattende reformer med store omstillinger. Målet har vært tydelige ansvarsforhold og en sterk, samordnet og målrettet tjeneste som gir alle den hjelpen de behøver til rett tid. Viktige tiltak er:

- Sykehusreformen, der staten overtok ansvar for og eierskap til landets sykehus. Reformen skal sikre klare ansvarsforhold, riktig organisering og god styring av spesialisthelsetjenesten.
- Styrkede pasientrettigheter, med større valgfrihet og makt til pasienten. Fritt sykehusvalg er innført, og pasienter med rett til nødvendig helsehjelp får individuell frist for behandling.
- Fastlegeordningen, med formål å bedre forholdet mellom lege og pasient og høyne kvaliteten i allmennlegetjenesten.
- Handlingsplanen for eldreomsorg, som har ført til økt kapasitet og kvalitet i den kommunale omsorgstjenesten.
- Opptrappingsplanen for psykisk helse, som skal sikre at tjenestetilbudet bygges ut og omstruktureres, og at nye arbeidsmetoder tas i bruk.
- Rusreformen, der tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere integreres i øvrig spesialisthelsetjeneste.
- Nasjonale indikatorer for måling av kvalitet i sykehus, som har bidratt til mer oppmerksomhet om tjenestens innhold og tilgjengelighet. Kvalitetsmålingene skal utvides med flere indikatorer som synliggjør behandlingsresultatene.
- Nasjonale indikatorer for måling av kvalitet i helse- og sosialtjenesten, som gjør det mulig å sammenlikne kvalitet mellom kommuner.

– Individuelle planer, som brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester har lovbestemt rett til.

Reformene har ifølge OECD gitt høyere aktivitet, effektivitet og kvalitet, reduserte ventetider og mer fornøyde brukere. Nasjonale undersøkelser viser at befolkningen var klart mer tilfreds med sykehustjenestene i 2003 enn i 2000. Større valgfrihet og kortere ventetid er høyt verdsatt. Det er også økende tilfredshet med kvaliteten av sykehustjenester.

Behov for samordning

Spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal samarbeide og samordnes. Brukerne skal oppleve at tilbudet er helhetlig og sammenhengende, og det skal ikke være tvil om hvem som har ansvar for behandling og oppfølging.

Det er fremmet forslag til forbedringer i samarbeidet mellom ulike nivåer i helse- og omsorgstjenesten i NOU 2005: 3 om en sammenhengende helsetjeneste. Saken har vært på høring, og Helse- og omsorgsdepartementet vurderer videre oppfølging i lys av høringsuttalelsene.

Regjeringen har foreslått et bredt spekter av tiltak for riktig bruk av legemidler i St.meld. nr. 18 (2004–2005) om om legemiddelpolitikken. Tverrfaglig samarbeid på tvers av behandlingsnivåene er en viktig forutsetning for å redusere feilbruk av legemidler.

Tilgjengelighet og ventetider

Alle kommuner har nå en fastlegeordning, og 99 ½ pst. av befolkningen deltar i ordningen. Ventetiden for time hos fastlegen er gått ned fra 2001, og over halvparten av pasientene får nå time innen tre dager. Andelen som må vente åtte dager eller mer er redusert fra 30 til 25 pst. Små kommuner har fått bedre legedekning. Tall for 2003 viser at 73 pst. av pasientene er fornøyd med telefontilgjengeligheten til fastlegen.

Lokalsykehusene skal tilby behandling av de vanligste sykdommene, og gi trygghet gjennom nærhet og tilgjengelighet. Dette er særlig viktig for kronisk syke og eldre, som trenger tett oppfølging.

Ventetiden innen den somatiske spesialisthelsetjenesten er redusert i perioden 2002–2004, og viser i 2005 tegn til å flate ut. Det var 5 pst. flere på venteliste tidlig i 2005 enn i 2004. Antall pasienter som har ventet over ett år, er sunket betydelig fra 2002 til 2005.

Omstillingen til økt bruk av dagbehandling og poliklinisk behandling fortsetter. Dagkirurgi utgjør nesten halvparten av all kirurgi i 2004. Av dette ble 15 pst. utført ved private virksomheter. De siste årene er ventetiden på kirurgi for pasienter med mindre alvorlige tilstander gått betydelig ned. Dette kan tyde på god kapasitet for denne typen operasjoner. Økt bruk av private sykehus har ført til at enkelte dagkirurgiske behandlinger har økt kraftig.

De siste årene har det vært en kraftig vekst i antall barn og unge som behandles for psykiske lidelser. Av de under 18 år får nå 3 ½ pst. et behandlingstilbud, en vekst på 17 pst. fra 2003 til 2004. Fra 1998 til 2004 er antall pasienter nesten fordoblet. De aller fleste får poliklinisk behandling, bare 5 pst. blir lagt inn. Flere behandlingsårsverk har økt tilgjengeligheten. Kapasiteten har økt betydelig både for voksne og barn, og ventetidene er synkende eller stabile til tross for sterk økning i antall nyhenviste. Ventetidene varierer imidlertid mellom regionene.

De regionale helseforetakene har for 2004 rapportert store variasjoner i ventetid for rusmiddelmisbrukere, både innen og mellom ulike behandlingstiltak.

Pleie- og omsorgskapasiteten er bygget betydelig ut gjennom handlingsplanen for eldreomsorg. Resultatene ligger godt over handlingsplanens måltall. De siste ti årene er sykehjemsdekningen om lag uendret, mens eneromsdekningen er vesentlig styrket. Personellinnsatsen er økt med om lag 35 pst. fra 1994 til 2004, men personelldekningen per bruker har flatet ut. Kommunene dreier ressursbruken fra institusjonsbasert omsorg til hjemmetjenester, og konsentrerer innsatsen til personer med omfattende behov.

Ressursbruk og effektivitet i helseforetakene

Den samlede reelle veksten i helseforetakenes driftskostnader fra 2002 til 2004 er anslått til om lag 6,9 mrd. kroner. Av dette er om lag 2,9 mrd. kroner knyttet til nye oppgaver som pasienttransport, rusomsorg og behandlingshjelpemidler. Det har vært tydelig vekst i antall årsverk ved sykehusene over flere år. I perioden 2001 til 2003 var årsveksten om lag 3 pst. Veksten ser nå ut til å flate ut, og er anslått til ½ pst. fra 2003 til 2004. Tallene fra 2004 viser imidlertid klar tendens til at flere årsverk nyttes til pasientrettet arbeid.

Reduksjonen i antall sengeplasser har flatet ut i 2004 etter nedgang i sengekapasiteten over flere tiår.

Tallene for 2005 viser at effektiviteten i helseforetakene, målt både i antall behandlinger per krone og per årsverk, ser ut til å flate ut etter to år med vekst.

Foreløpige tall viser at driftsutgiftene til psy-

kisk helsevern var 11,5 mrd. kroner i 2004, en realvekst på 3 pst. i forhold til 2003. Satsingen på det psykiske helsevernet for barn og ungdom i 2003 fortsatte i 2004, med en øking i driftskostnadene på 8 pst. Antall polikliniske årsverk innen psykisk helsevern for voksne var omtrent uendret fra 2003 til 2004, samtidig som polikliniske konsultasjoner økte med 9 pst. Dette tyder på at produktiviteten er økt.

Prioritering

Prinsippene for prioritering er fastsatt i prioriteringsforskriften. Riktig prioritering innebærer at mennesker med alvorlig sykdom blir behandlet først.

Regionale helseforetak er pålagt å styrke tilbudet innen psykisk helsevern og behandling av rusmiddelbrukere, slik at veksten her skal bli sterkere enn innen somatiske tjenester. Videre skal helseforetakene prioritere mennesker med kroniske sykdommer og de som trenger habilitering og rehabilitering. Sosial- og helsedirektoratet samarbeider med tjenesten om tiltak som fremmer riktig prioritering og mer ensartet praktisering av regelverket.

Behandling av pasienter med aldersdemens og bistand til deres pårørende blir en av de viktigste oppgavene for den kommunale helse- og sosialtjenesten, i nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Likeverdighet

Aktiviteten på prioriterte områder som psykisk helsevern og rehabilitering har økt markert i 2004. Barn og unges psykiske helse er prioritert både i opptrappingsplanen for psykisk helse og gjennom en særskilt strategiplan.

Dekning av pleie- og omsorgsbehovet er om lag den samme i kommunene, selv om lokale tilpasninger kan føre til ulik fordeling mellom institusjonsplasser og hjemmetjenester. Personer med psykiske lidelser mottar i mange tilfeller ikke tilstrekkelig hjelp, og brukere som bor i eget hjem mottar mindre hjelp enn brukere i omsorgsboliger. Rekruttering av kvalifisert helse- og omsorgspersonell og opplæring av ufaglærte er en stor utfordring framover.

Helseregionene har ulik aktivitet målt i antall sykehusopphold og polikliniske konsultasjoner per innbygger. Dette skyldes bl.a. ulik sykelighet, aldersammensetning, sosial bakgrunn, standard på primærhelsetjenesten og sykehuskapasitet. Aldersammensetning og forbruk av sykehustjenester viser klar sammenheng. Det er imidlertid ingen entydig sammenheng mellom aktivitet og ventetid.

I St.meld. nr. 49 (2003–2004) drøftes grunnleggende utfordringer når befolkningen får mindre ensartet livsstil, tro og verdiorientering. En samlet oppfølging av stortingsmeldingen presenteres i vedlegg til St.prp. nr. 1 (2005–2006) for Kommunal- og regionaldepartementet. Målet på Helse- og omsorgsdepartementets område er å redusere helseforskjeller mellom etniske grupper. I St.meld. nr. 16 (2002–2003) er reduserte helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper, kvinner og menn et overordnet mål.

Kvalitet

Regjeringen inngikk våren 2003 en avtale med Kommunenes Sentralforbund om kvalitetsutvikling av den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Det skal finnes gode kvalitetsmål for tilgjengelighet, fleksibilitet og hvordan brukernes behov og ønsker imøtekommes. I samarbeid med Kommunenes Sentralforbund har Regjeringen blant annet utviklet nasjonale kvalitetsindikatorer og en nettportal som gir mulighet til å vurdere kommunenes tjenester opp mot hverandre.

Det er utviklet nasjonale indikatorer for kvalitet i somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern. Kvalitetsoppnåelsen var ikke god nok i 2004, verken for de enkelte regioner eller landet samlet. Helse- og omsorgsdepartementet har for 2005 stilt styringskrav til de regionale helseforetakene ut fra fem kvalitetsindikatorer. I 2005 presenteres kvalitetsoppnåelse for 15 indikatorer. Kvalitetsforbedring krever bevisst og målrettet forskning, bedre faglige retningslinjer, og at det opprettes nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

Lærings- og mestringssentre er møteplasser for personer med kroniske sykdommer, deres familier, brukerorganisasjoner og helsepersonell. Sentrene bidrar til økt kvalitet og oppmerksomhet om pasienters behov for opplæring og mestring ved å integrere kunnskapsformidling og ferdighetstrening i behandlingen.

Det er satt i gang arbeid for kvalitetsutvikling også på rusområdet. Som ledd i dette vil blant annet kvalitetsindikatorer og faglige retningslinjer bli vurdert.

Sentrale utfordringer

Psykisk helse

Mange pasienter med psykiske lidelser får ikke det tilbudet de trenger. Økte ressurser er alene ikke nok for å nå målene i opptrappingsplanen for psykisk helse. Tjenesteapparatet må omstilles for å

møte pasientenes behov. Endring av virksomhetskulturer og holdninger er blant de viktigste uløste oppgavene.

Rusomsorg

Det må legges til rette for helhetlig og kvalitativ god behandling og rehabilitering av rusmiddelmisbrukere. Utfordringene framover er særlig å følge opp i kommunene, og samordne behandlingen av rusproblemer og psykiske lidelser.

Samhandling og individuell oppfølging

Tjenester til mennesker med sammensatte og langvarige behov må koordineres bedre, bl.a. gjennom individuelt tilpassede behandlingsplaner. Bedre samhandling mellom sektorer og tjenestenivåer er nødvendig, spesielt for å yte god hjelp til dem med de største behovene.

Folkehelse

Endret livsstil med økt fysisk aktivitet og sunt kosthold kan øke antall leveår med god helse. Innsatsen må rettes mot samfunnsforhold og miljøfaktorer som påvirker levesett og helse, samtidig som befolkningens helse blir tatt tilstrekkelig hensyn til i samfunnsplanleggingen.

Prioritering av ressursbruk

Bedre ressursbruk, kontroll med kostnadsvekst og god prioritering mellom fagområder og mellom pasienter er fortsatt viktige oppgaver for helsetjenesten.

Kvalitet

Kvaliteten på helsetjenesten er gjennomgående god, men bør bli bedre. Resultatmåling og -publisering, nasjonale kvalitetsindikatorer, faglige retningslinjer, medisinske kvalitetsregistre og forskning skal tydeligere vise hvor det er behov for forbedring.

For å møte framtidige utfordringer og behov må kommunene utvikle pleie- og omsorgstjenesten videre slik at den blir mest mulig brukerrettet, effektiv og omstillingsdyktig. Målet er individtilpassede tjenester. Ledelse og kompetanse må styrkes for å øke kvaliteten og utnytte ressursene bedre.

Målrettet tilsyn er en nødvendig forutsetning for kvalitetsstyringen. Det er imidlertid ikke tilstrekkelig at virksomhetene bare retter opp de avvik tilsynsmyndighetene peker på. For å få til systematisk og varig forbedring, må det være etablert systemer som gjør at organisasjonene lærer av feilene som avdekkes. Departementet har stilt krav om et samlet opplegg for internkontroll i helseforetakene, og har inngått en kvalitetsavtale for oppfølging av de kommunale omsorgstjenestene.

Eldreomsorg

På sikt vil økningen i antall eldre føre til betydelig vekst i etterspørselen etter helse- og sosialtjenester. Dette stiller krav til finansiering og rekruttering. Regjeringen har bl.a. i kommuneproposisjonen for 2006 varslet en egen melding som går gjennom framtidens utfordringer for pleie- og omsorgstjenesten og hva som må til for å møte dem.

Legemidler

Feilmedisinering forekommer i for stor grad. Helsetjenesten må følge opp legemiddelbruken og sikre at pasientene etterlever behandlingen.

Veksten i legemiddelutgiftene og utvikling av kostbare behandlingsmetoder krever effektiv informasjon og målrettede refusjons- og stønadsordninger. Kontroll med legemiddelutgiftene er en forutsetning for å kunne prioritere helsetiltak riktig.

Smittevern

Utvikling og spredning av antibiotikaresistens må motvirkes. Målsettingen er å bevare antibiotika som gode og virksomme legemidler mot infeksjonssykdommer også i framtida.

Helseregistre

Et personidentifiserbart kreftregister og mer spesifikke kvalitetsregistre gir god oversikt over forekomst av kreft og behandlingsresultater. Det mangler imidlertid tilsvarende registre for de fleste andre sykdommer. Det er nødvendig å utvikle Norsk pasientregister som verktøy for å sikre kvaliteten av helsetjenestene.

Elektronisk samarbeid

Tjenestene må gjøres mer effektive gjennom elektronisk samarbeid på tvers av organisasjonsgrensene.

2 Profilen i budsjettforslaget

Helse- og omsorgsdepartementets samlede budsjettforslag for 2006 er på om lag 102,3 mrd. kroner. Dette fordeler seg med 82,8 mrd. kroner på programområde 10 Helse og omsorg og 19,5 mrd. kroner på folketrygdens programområde 30 Stønad ved helsetjenester.

Budsjettforslaget innebærer en øking i løpende priser på 4 ½ pst., eller om lag 4,4 mrd. kroner sammenliknet med saldert budsjett for 2005.

Bevilgningsforslaget er påvirket av at 84,5 mill. kroner til merverdiavgift foreslås budsjettert over kap. 1633 med virkning fra og med 2006. Det vises til nærmere omtale av kompensasjonsordningen for merverdiavgift i Gul bok, kapittel 9.

Fordelingen mellom de ulike programkategoriene er påvirket av forslag om ansvarsoverføringer til regionale helseforetak og enkelte tekniske endringer. Det vises til nærmere omtale under de enkelte kapitler og poster i del II Budsjettforslaget.

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

(i mill. kr)

	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006	Pst. endring 2005–2006
Programområde 10 Helse og omsorg			
10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv.	296,0	315,2	6,5
10.10 Folkehelse	712,4	846,8	18,9
10.20 Helsetjeneste	1 706,9	1 205,7	-29,4
10.30 Regionale helseforetak	64 835,7	69 640,0	7,4
10.40 Psykisk helse	3 844,8	4 672,3	21,5
10.50 Legemidler	256,8	216,8	-15,6
10.60 Omsorgstjeneste	2 610,5	3 010,2	15,3
Sum Helse og omsorg før lånetransaksjoner	74 263,1	79 907,1	7,6
Lånetransaksjoner	3 115,0	2 865,0	-8,0
Sum Helse og omsorg	77 378,1	82 772,1	7,0
Programområde 30 Stønad til helsetjenester			
30.10 Spesialisthelsetjenester mv.	2 984,4	2 498,0	-16,3
30.50 Legehjelp, legemidler mv.	17 030,0	16 422,0	-3,6
30.90 Andre helsetiltak	486,0	563,0	15,8
Sum Stønad til helsetjenester	20 500,4	19 483,0	-5,0
Sum utgifter	97 878,5	102 255,1	4,5

De kommunale helse- og omsorgstjenestene finansieres i all hovedsak over kommunenes frie inntekter fra skatt og rammetilskudd og i liten grad fra øremerkede tilskudd. Den generelle kommuneøkonomien utgjør derfor en viktig rammebetingelse for kommunal tjenesteproduksjon. Regjeringen legger opp til en reell vekst i kommunesektorens samlede inntekter på 2,9 mrd. kroner i 2006,

eller drøyt 1 ¼ pst. Veksten er regnet fra det inntektsnivået i 2005 som ble lagt til grunn i revidert nasjonalbudsjett 2005. Av veksten i de samlede inntektene er 1,9 mrd. kroner frie inntekter. Veksten er fordelt med 1 350 mill. kroner på kommunene og 550 mill. kroner på fylkeskommunene. Av veksten i de frie inntektene til kommunene er 400 mill. kroner kompensasjon for nye læremidler i forbindelse med reformen i grunnopplæringen (Kunnskapsløftet). De viktigste satsingsområdene med øremerket finansiering er barnehagesektoren og opptrappingsplanen for psykisk helse. Det økonomiske opplegget for kommunesektoren i 2006 er nærmere omtalt i Nasjonalbudsjettet 2006 (St.meld. nr. 1 (2005-2006)) og i Kommunal- og regionaldepartementets budsjettproposisjon (St.prp. nr. 1 (2005-2006), kapitel 2).

Boks 2.1 viser de viktigste styrkingene innenfor programområde 10.

Mer til drift gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse

Stortinget sluttet seg i juni 1998 til en forpliktende opptrappingsplan over åtte år for å styrke tilbudet til mennesker med psykiske lidelser og intensivere det forebyggende arbeidet. Gjennom behandlingen av statsbudsjettet for 2003 ble planen utvidet med to år fra 2006 til 2008. Det skal investeres for om lag 6,3 mrd. kroner i løpet av planperioden, og driftsutgiftene skal økes gradvis til et nivå som ligger reelt 4,6 mrd. kroner over utgiftsnivået i 1998. Prisomregnet til 2006-nivå utgjør dette 8,2 mrd. kroner i investeringer og 5,9 mrd. kroner i økte driftsutgifter. Regjeringen prioriterer psykisk helse høyt, og det foreslås om lag 785 mill. kroner mer til drift gjennom opptrappingsplanen sammenliknet med saldert budsjett 2005.

Det er gjennom de årlige budsjettframlegg gjort rede for oppnåelse av resultater i forhold til målene som er satt i St.prp. nr. 63 (1997–1998). Kompetansehevende tiltak, arbeidsmarkedstiltak for personer med psykiske lidelse og informasjons- og holdningsskapende tiltak er under gjennomføring i tråd med forutsetningene.

I lys av dette er kapasitets- og aktivitetsutviklingen i hovedsak tilfredsstillende både for tiltak for barn og unge og tiltak for voksne. Det er imidlertid fortsatt behov for å få aktiviteten i alle kommuner opp på riktig nivå, og sikre at de distriktspsykiatriske sentrene blir realisert som forutsatt. Etablering av distriktspsykiatriske sentre er særlig utfordrende i områder med rekrutteringsproblemer. Tilbudet til barn og unge krever også prioritet framover.

Det er betydelige utfordringer knyttet til realisering av de overordnede målene om at mennesker med psykiske lidelser skal kunne leve verdige liv i mest mulig normale omgivelser, kunne bruke egne ressurser og mestre sin egen situasjon. For den gjenstående delen av opptrappingsperioden er det derfor nødvendig å legge sterk vekt på det kvalitative innholdet i tjenestene, og gjennom dette sikre at tjenestene har tillit og legitimitet.

Boks 2.1 Viktige satsinger på Helse- og omsorgsdepartementets område (faste priser i forhold til saldert budsjett 2005)

Mer til drift gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse	785 mill. kroner
Mer til sykehusbehandling	718 mill. kroner
Gjennomføring av store sykehusprosjekter	370 mill. kroner
Økt samlet støtte til ressurskrevende brukere i kommunene	240 mill. kroner
Fritak for egenbetaling ved helsetjenester for barn under 12 år	115 mill. kroner
Bedre hjelp til rusmiddelmisbrukere	113 mill. kroner
Utvidete rettigheter for kiropraktorer og manuellterapeuter	30 mill. kroner
Utvidet tilbud om brukerstyrt personlig assistanse	20 mill. kroner
Styrket beredskap i helsesektoren	19 mill. kroner
Bedre folkehelse	15 mill. kroner
Ny veiledet tjeneste for allmennleger	13 mill. kroner
Riktigere legemiddelbruk – oppfølging av legemiddelmeldingen	10 mill. kroner
Landsbystiftelsens institusjoner – endret lovregulering	10 mill. kroner
Styrket forvaltning av pasientskadeordningen	9 mill. kroner
Mer til forskning	8 mill. kroner
Nytt regionalt odontologisk kompetansesenter i Aust-Agder	4 mill. kroner
Forsøk med samarbeidsformer mellom forskning, utdanning og praksis	2 mill. kroner

Sykehusøkonomi

Det foreslås 700 mill. kroner mer til drift sammenliknet med saldert budsjett 2005. Dette svarer til videreføring av vedtatt tilleggsbevilgning på 680 mill. kroner i forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 65 (2004–2005). Budsjettforslaget legger til rette for at aktiviteten i sykehusene som omfattes av innsatsstyrt finansiering, kan videreføres på om lag samme nivå som anslått for 2005. Ressursbruk skal være i tråd med helsepolitiske målsettinger og prioriteringer, og tilbudet til psykiatriske pasienter og rusmiddelmisbrukere skal prioriteres. En lavere refusjonsandel i innsatsstyrt finansiering vil understøtte dette målet. Regjeringen foreslår derfor å redusere ISF-satsen til 40 pst. i 2006. Basisbevilgningen økes tilsvarende.

Regionale helseforetak har et helhetlig ansvar for drift og investeringer i sine respektive regioner. Det er meget høy investeringsaktivitet i helseforetakene. Blant annet gjennomføres nå utbyggingsprosjektene Nye Ahus, nytt St. Olavs Hospital og nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet. Statens bidrag som legger til rette for realisering av disse prosjektene foreslås økt med 370 mill. kroner i 2006.

I forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 65 (2004–2005), jf. Innst. S. nr. 240 (2004–2005), ba Stortinget Regjeringen om å utsette kravet om økonomisk balanse for helseforetakene til utgangen av 2006. Med unntak av Helse Sør skulle halvparten av balansekravet innfris i 2005. Nye resultatkrav er satt for Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord slik at korrigert årsresultat for 2005 maksimalt skal utgjøre om lag halvparten av korrigert årsresultat for 2004 fratrukket andelen av tilleggsbevilgningen som ble gitt i 2005. Samlet korrigert underskudd for 2005 skal ikke overstige om lag 1 mrd. kroner.

Utviklingen så langt i 2005 viser at flere regionale helseforetak ser ut til å kunne nå resultatkravene for 2005, men utfordringene er fortsatt store i forhold til å oppnå økonomisk balanse. Balansekravet i 2006 står fast. Følgende forhold vil påvirke omstillingsutfordringene for regionale helseforetak i 2006:

- Den sterke veksten i poliklinisk aktivitet på sykehusene fortsetter. Inneværende års budsjett la opp til en videreføring av poliklinisk aktivitet fra 2004, men utbetalingene har økt med 8 pst. Poliklinikktakstene for somatisk pasientbehandling og laboratorie- og røntgenvirksomhet i offentlig sektor er ikke fullt ut prisjustert, svarende til om lag 67 mill. kroner mindre enn ordinær justering.
- Regionale helseforetak har fra 1. september 2005 fått et større ansvar for å planlegge hele tilbudet av laboratorie- og radiologitjenester. Aktiviteten innenfor privat og offentlig laboratorie- og røntgenvirksomhet har økt i 2005. Bevilgningen til regionale helseforetak i 2006 er ikke fullt ut kompensert for aktivitetsøkningen i 2005. Effektiviseringskravet avhenger av aktivitetsnivået på offentlige og private laboratorie- og radiologitjenester i 2006. Dersom regionale helseforetak legger opp til en videreføring av dagens nivå i 2006, svarer dette til et effektiviseringskrav på om lag 125 mill. kroner.
- De regionale helseforetakene skal overta finansieringsansvaret for fem overlegestillinger innen barnekreft fra 2006.

I St.meld. nr. 18 (2004–2005) og St.prp. nr. 65 (2004–2005) er det gitt en omtale av finansiering av legemidler på sykehus. Ved behandlingen av St.prp. nr. 65 (2004–2005) ble det bevilget 18 mill. kroner til finansiering av dyre legemidler i sykehus. Denne bevilgningen foreslås videreført i 2006. Det ble samtidig bevilget 2 mill. kroner til utarbeiding av nasjonale standarder for kreftbehandling i sykehus. Det foreslås 5 mill. kroner til dette arbeidet i 2006.

Økt samlet støtte til ressurskrevende brukere i kommunene

Brukere som krever stor ressursinnsats fra det kommunale tjenesteapparat skal ha et best mulig tilbud uavhengig av kommunens økonomiske situasjon. Med ressurskrevende bruker menes en person med store hjelpebehov og som mottar omfattende helse- og omsorgstjenester fra kommunen. I 2005 mottar 339 kommuner tilskudd til totalt 3766 brukere. Stortinget bevilget ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2003–2004) for Sosialdepartementet 1,2 mrd. kroner til ordningen. Utbetaling i 2005 med bakgrunn i kommunenes rapporterte kostnader ut over innslagspunktet beløper seg til 1,85 mrd. kroner. Det gir en vekst i utbetalingene til kommunene på 650 mill. kroner i forhold til opprinnelig bevilgning. For å dempe utgiftsveksten foreslås den statlige dekningsgraden redusert fra 80 til 70 pst. i 2006. Dette er dekning av utgifter som er påløpt i kommunene i 2005. Selv med denne reduksjonen i den statlige dekningsgraden, vil det i 2006 være behov for ytterligere midler. Dette skyldes overskridelse i 2005, samt at det forventes en fortsatt økning i antall brukere og en moderat økning av utgiftene til den enkelte. Det foreslås derfor bevilget 1,87 mrd. kroner til toppfinansieringsordningen for ressurskrevende brukere i 2006. Regnet

i faste priser utgjør dette 240 mill. kroner mer enn saldert budsjett 2005.

Fritak for egenbetaling ved helsetjenester for barn under 12 år

Barn under 7 år er fritatt for egenbetaling ved helsetjenester. Det foreslås å utvide fritaket til å omfatte barn under 12 år fra 1. januar 2006. Det regnes med netto merutgifter på 115 mill. kroner, fordelt med merutgifter på 310 mill. kroner under diverse refusjonsposter og mindreutgifter på 195 mill. kroner under frikortordningen.

Bedre hjelp til rusmiddelmisbrukere

Regjeringen vil bedre kvaliteten og styrke kapasiteten i det samlede behandlings- og rehabiliteringstilbudet til rusmiddelmisbrukere gjennom sin handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006–2008. Budsjettet foreslås styrket med til sammen 113 mill. kroner til disse formålene, sammenliknet med saldert budsjett for 2005.

108 mill. kroner gjelder videreføring med helårsvirkning av vedtatt tilleggsbevilgning i forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 65 (2004–2005), jf. Innst. S. nr. 240 (2004–2005). Bevilgningen skal nyttes til rustiltak i spesialisthelsetjenesten, tannhelsetilbud for rusmiddelmisbrukere under behandling i institusjon og tannbehandling som del av lavterskel helsetiltak og til frivillig rusmiddelforebyggende arbeid.

Det foreslås videre bevilget 5 mill. kroner til Helse- og omsorgsdepartementets andel av utgifter til forsøk med narkotikaprogram med domstolskontroll. Formålet er å øke kapasiteten i behandlingsapparatet og styrke behandlingstilbudet for innsatte og domfelte rusmiddelmisbrukere.

Utvidete rettigheter for kiropraktorer og manuellterapeuter

Det foreslås at ordningen i Vestfold, Hordaland og Nordland for kiropraktorer og fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi skal bli landsomfattende og permanent gjeldende fra 1. januar 2006. Forslaget innebærer at kravet om henvisning fra lege for at pasienten skal få trygderefusjon avvikles. Videre vil de to personellgruppene få anledning til å henvise til legespesialist og sykmelde inn til åtte uker. Fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi får anledning til å rekvirere radiologisk undersøkelser slik kiropraktorer kan. Forslag til regulering av ordningen er sendt på høring høsten 2005. Det foreslås bevilget 30 mill. kroner til formålet.

Utvidet tilbud om brukerstyrt personlig assistanse

Brukerstyrt personlig assistanse innebærer at brukeren har egne faste assistenter som han eller hun har arbeidslederansvar for. Det ytes tilskudd bl.a. til dekning av utgifter til opplæring av arbeidsleder og assistent og skal stimulere til at nye brukere får tilbudet. I St.prp. nr. 60 (2004–2005) om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren varslet departementet at ordningen skal utvides slik at også de som må ha assistanse for å ivareta arbeidslederrollen og brukerstyringen, kan få tilbudet. Dette vil særlig gjelde voksne utviklingshemmede og familier med funksjonshemmede barn. Regjeringen foreslår ordningen styrket og utvidet ved at bevilgningen til det statlige stimuleringstilskuddet til kommunene økes med 20 mill. kroner i forhold til saldert budsjett i 2005.

Regjeringen ønsker å lovfeste en rett for dem som får praktisk bistand fra kommunen, til å velge at tilbudet organiseres som brukerstyrt personlig assistanse.

Styrket beredskap i helsesektoren

Regjeringen foreslår at bevilgningen til helse- og sosialberedskap settes opp med 16 mill. kroner i 2006 for å styrke beredskapen mot radionukleære, kjemiske og biologiske hendelser. Dette omfatter også styrking av legemiddelberedskapen mot pandemisk influensa.

St.meld. nr. 37 (2004–2005) om flodbølgekatastrofen i Sør-Asia omtaler flere tiltak som vil ha direkte konsekvens for beredskapsarbeidet i helseforvaltningen og helsetjenesten. Som ledd i beredskapssatsingen foreslås bevilget til sammen 3 mill. kroner i 2006 for å utvikle systemer og planverk i tråd med erfaringer fra flodbølgekatastrofen. Dette inkluderer styrking av beredskapen for etablering av støttegrupper for pårørende og berørte.

Bedre folkehelse

Arbeidet med å følge opp St.meld. nr. 16 (2002–2003) om folkehelsepolitikken videreføres i 2006. Skolefruktordningen foreslås utvidet og styrket med vel 4 mill. kroner, med sikte på økt skole- og elevdeltakelse. God kvalitet på varene som tilbys elevene, informasjonsvirksomhet og forenklet administrasjon vil stå sentralt i arbeidet i 2006.

Arbeidet med forebygging av sykehusinfeksjoner og antibiotikaresistens foreslås styrket med 3

mill. kroner. Vern mot smittsomme sykdommer skal bedres gjennom å forebygge utbrudd og motvirke overføring i befolkningen.

For å bedre beskyttelsen mot kikhoste vil alle andreklassinger få tilbud om en oppfriskningsdose mot kikhoste som del av Barnevaksinasjonsprogrammet. I forbindelse med behandling av St.prp. nr. 22 (2004–2005), jf. Innst. S. nr. 82 (2004–2005) bevilget Stortinget 7,5 mill. kroner til formålet. Det foreslås å videreføre denne tilleggsbevilgningen.

Folhehelseområdet foreslås styrket med til sammen 15 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett for 2005. I tillegg kommer forslag om at helseovervåking og forskning på psykisk helse styrkes med 5 mill. kroner som ledd i opptrappingsplanen for psykisk helse, og at smittevernovervåking styrkes med 1 mill. kroner som oppfølging av St.meld. nr. 37 (2004–2005) om flodbølgekatastrofen i Sør-Asia mv., jf. egne omtaler.

Ny veiledet tjeneste for allmennleger

Helse- og omsorgsdepartementet er forpliktet til å implementere endringer i EUs legedirektiv i Norge fra og med 2006. Endringene innebærer at Norge må sørge for organisering av ett ekstra år med veiledet tjeneste for leger som vil jobbe som allmennlege innenfor den nasjonale trygdeordning etter fullført turnustjeneste. Slik veiledet tjeneste kan tas i assistentlegestilling på sykehus. Av hensyn til kapasitetsproblemer på sykehus og rekruttering til allmennlegetjenesten, foreslår departementet at slik veiledet tjeneste også må kunne tas i allmennlegetjenesten, i en fastlegehjemmel hvor legen er under veiledning. Det foreslås bevilget 13 mill. kroner til formålet.

Riktigere legemiddelbruk – oppfølging av legemiddelmeldingen

St.meld. nr. 18 (2004–2005) om legemiddelpolitikken ble behandlet av Stortinget våren 2005. Det foreslås bevilget 10 mill. kroner til oppfølging av meldingen i 2006. Det ble i St.prp. nr. 65 (2004–2005) foreslått en styrking på 5 mill. kroner til samme formål, som Stortinget sluttet seg til. Departementet vil legge vekt på følgende hovedområder:

- Bedre legemiddelbruk på pasientnivå
- Utvikling av refusjonssystemet og presisering av regelverket
- Informasjon om legemidler

Undersøkelser viser at feilmedisinering i større eller mindre grad oppstår i om lag 20 pst. av alle behandlingsforløp, og i sykehjem er det funnet at tre av fire pasienter utsettes for feil. I Sverige er det anslått at feilaktig legemiddelbruk koster samfunnet opp mot 10 mrd. kroner årlig. Departementet vil søke å redusere feilbruken ved blant annet å formidle kunnskap om riktig legemiddelhåndtering, oppmuntre til bruk av multidosepakninger og sette i gang prosjekter for gjennomgang av pasienters legemiddelbruk.

Folketrygdens utgifter til legemidler har vokst betydelig gjennom mange år. Departementet går derfor inn for klare og oppdaterte vilkår for refusjon samt informasjon til legene om regelverket. Dette kombineres med kontrolltiltak og oppfølging av leger som ikke etterlever reglene.

Myndighetene skal ta et større ansvar for å samle inn, systematisere og formidle produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Statens legemiddelverk vil intensivere sin informasjon om bivirkninger, nye legemidler og refusjon. Sosial- og helsedirektoratet gir nasjonale retningslinjer for behandling på sykdomsområder. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten vil gi produsent- og myndighetsuavhengig informasjon om legemidler.

Landsbystiftelsens institusjoner – endret lovregulering

Som varslet i St.prp. nr. 1 (2003–2004) er det nødvendig å endre den rettslige reguleringen av virksomheten ved Landsbystiftelsens institusjoner for psykisk utviklingshemmede. Regjeringen sendte høsten 2004 på høring et forslag om å oppheve forskriften som regulerer virksomheten ved landsbyene. Tjenesten ved landsbyene er foreslått regulert i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Forslaget legger opp til fortsatt statlig finansiering av virksomheten. Brukerne vil som følge av endringen motta ordinære trygdeytelser fra folketrygden. Det innebærer en brutto merutgift for staten på om lag 16 mill. kroner. Landsbystiftelsen kan etter endringene kreve betaling for kost og losji. Departementet legger til grunn en egenandel på 6000 kroner per måned. Det gir en brutto inntekt for Landsbystiftelsen på om lag 10 mill. kroner. Antatte økte utgifter til administrasjon og tjenester er om lag 4 mill. kroner. Netto inntekt for Landsbystiftelsen som følge av endringene blir om lag 6 mill. kroner, og tilskuddet til stiftelsen foreslås satt ned med et tilsvarende beløp. Omleggingen gjør at statens netto utgifter vil øke med i underkant av 10 mill. kroner.

Styrket forvaltning av pasientskadeordningen

Forvaltning av pasientskadeordningen foreslås styrket med 8,5 mill. kroner sammenliknet med

saldert budsjett 2005. Beløpet er en videreføring av tilleggsbevilgning vedtatt i forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 65 (2004–2005). Pasientskadeordningen gir alle pasienter rett til erstatning etter et objektvisert ansvar. Alle kan vederlagsfritt søke om erstatning. Staten refunderer pasientenes utgifter til bruk av advokater. Norsk pasientskadeerstatning behandler erstatningskrav i første instans. Pasientskadenemnda behandler klager på vedtak fattet av Norsk pasientskadeerstatning.

Det har vært en sterk vekst i antall saker fra 2004 til 2005. Tilgangen på nye saker har også vært høy i 2005. Prognosene tilsier at denne utvikling vil fortsette i 2006. Veksten i saksmengden og ønsket om å forhindre en økning i saksbehandlingstiden gjør det nødvendig å styrke bemanningen ved Norsk pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda.

Mer til forskning

For 2006 foreslås medisinsk og helse- og sosialfaglig forskning styrket med 8 mill. kroner. I tillegg foreslås en styrking på 5 mill. kroner som del av opptrappingsplanen for psykisk helse. Det foreslås videre en omfordeling av forskningsmidler på Helse- og omsorgsdepartementets budsjett på 2 mill. kroner.

Epidemiologisk forskning foreslås styrket med til sammen 7 mill. kroner, fordelt på system for diagnosebaserte befolkningsundersøkelser av psykiske lidelser ved Nasjonalt folkehelseinstitutt og Janus serumbank. Satsingen er en oppfølging av St.meld. nr. 20 (2004–2005) om forskning. Legemiddelindustriuavhengig forskning foreslås styrket med 1 mill. kroner som ledd i oppfølging av St.meld. nr. 18 (2004–2005) om legemiddelpolitikken.

Programmet global helseforskning under Norges forskningsråd foreslås styrket med 1 mill. kroner som ledd i regjeringens handlingsplan for bekjempelse av fattigdom i sør.

Forskning på organisering av tjenestetilbudet til eldre, rusmisbrukere og pasienter med psykiske lidelser, herunder ADHD, foreslås styrket med 1,5 mill. kroner. Pasientrettet forskning på eldre/eldre kvinner foreslås styrket med 2 mill. kroner. Forskning på kvinners helse foreslås styrket med 1 mill. kroner. Allmenmedisinsk forskning og fagutvikling foreslås styrket med vel 1 mill. kroner i tråd med Budsjett-innst. S nr. 11 (2004–2005).

For 2006 er det øremerkede tilskuddet til forskning i helseforetakene på 394 mill. kroner. Av dette tilskuddet tildeles 60 pst. ut fra oppnådde forskningsresultater. De regionale helseforetakene har valgt å prioritere forskning ut over den statlige øremerkede finansieringen.

Nytt regionalt odontologisk kompetansesenter i Aust-Agder

I forbindelse med behandling av St.prp. nr. 65 (2004–2005) ble det bevilget 2 mill. kroner til etablering av et regionalt odontologisk kompetansesenter i helseregion Sør. Kompetansesenteret skal lokaliseres til Sørlandet sykehus Arendal, og drives av fylkeskommunen ev. i samarbeid med øvrige fylker i helseregionen. Det er i 2005 inngått en intensjonsavtale mellom Aust-Agder fylkeskommune og Helse- og omsorgsdepartementet. Denne forankrer ansvaret for etableringen og gir hjemmel for avtaler som skal regulere de fremtidige tilskudd fra staten til drift av senteret. Det foreslås å øke tilskuddet til 4 mill. kroner for 2006. Midlene skal benyttes til prosjektering, investeringer og utviklingsarbeid.

Forsøk med samarbeidsformer mellom forskning, utdanning og praksis

Regjeringen vil i 2006 sette i gang forsøk med nye samarbeidsformer mellom forskning, utdanning og praksis i sosialtjenesten (universitetssosialkontor). Formålet med forsøket er å bidra til en styrking av kompetanse og kvalitet i sosialtjenesten. Forsøket skal omfatte hele spekteret av oppgaver etter sosialtjenesteloven som forvaltes av sosialkontortjenesten, med vekt på forvaltning av økonomisk sosialhjelp og arbeidsrettede tiltak samt rehabiliteringsoppgaver og råd og veiledning overfor personer med helsemessige og sosiale problemer. Forsøket vil inngå som et element både i den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten og i satsingen på kompetansehevende tiltak i forbindelse med gjennomføring av reformen med en ny arbeids- og velferdsforvaltning. Det foreslås bevilget 3,0 mill. kroner til formålet, hvorav 1,7 mill. kroner over budsjettet til Helse- og omsorgsdepartementet og det resterende over budsjettet til Arbeids- og sosialdepartementet.

3 Budsjett- og strukturtiltak

Egenbetaling

Ordningen med et årlig utgiftstak for egenandeler, egenandelstak 1, foreslås oppjustert i tråd med forventet prisstigning fra 1585 kroner til 1615 kroner. Det antas at dette vil medføre en reduksjon i utgiftene på 30 mill. kroner.

Omfanget av gratis fysioterapi på grunnlag av diagnoselisten i stønadsforskriftens § 3 er økt betydelig over en årrekke, og er nå på mer enn halvparten av behandlingsvolumet. Vridningen mot gratis behandling har medvirket til at refusjonsutgiftene fra 1999 til 2004 samlet økte med 70 pst. For pasienter som faller inn under diagnoselisten som i dag gir rett til gratis behandling, foreslås innført en egenandel på 50 kroner per undersøkelse/behandling fra 1. januar 2006. Barn og yrkesskadde vil fortsatt ha rett til full dekning av utgiftene. Egenandeler ved fysioterapi inngår i ordningen med egenandelstak 2. Forslaget er anslått å gi en innsparing på 265 mill. kroner.

Egenandelen for legemidler og sykepleieartikler på blå resept er på 36 pst. av reseptbeløpet, men maksimalt 490 kroner. Maksimumsbeløpet foreslås økt til 500 kroner fra 1. januar 2006. Det regnes med en innsparing på 20 mill. kroner.

Egenandelen for reise i forbindelse med fritt sykehusvalg utenom egen region er 220 kroner hver vei. Egenandelen foreslås økt til 400 kroner hver vei fra 1. januar 2006. Det regnes med en innsparing på 15 mill. kroner.

Nye oppgaver til spesialisthelsetjenesten

Siden sykehusreformen i 2002 er det overført flere oppgaver til regionale helseforetak. De viktigste er ansvaret for behandlingshjelpemidler, rusbehandling, større finansieringsansvar for pasienttransport samt større ansvar for å planlegge hele det offentlige og private tilbudet av laboratorie- og radiologitjenester. Målet med å samle ansvaret har vært å se ulike typer tjenester i sammenheng og gjennom dette gi et bedre tilbud til brukerne. I tillegg vil samordning legge til rette for mer kostnadseffektive helsetjenester og bedre kvalitet.

Regjeringen foreslår at regionale helseforetak skal ta fullt finansieringsansvar for pasienttransport og private opptreningsinstitusjoner fra 2006, jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004–2005). Videre foreslås at finansieringsansvar for premiene til Norsk pasientskadeerstatning og for legemiddelgruppen TNF-hemmere til bruk ved revmatiske lidelser overføres til regionale helseforetak i 2006, jf. omtale nedenfor.

Nytt finansieringssystem for pasientskadeordningen

Pasientskadeloven gir alle pasienter rett til erstatning etter et objektivisert ansvar. Erstatningene og kostnadene knyttet til å forvalte ordningen blir i dag dekket gjennom et direkte tilskudd fra staten, premier innbetalt av regionale helseforetak, kommuner og fylkeskommuner. Statens direkte tilskudd dekker hovedtyngden av utgiftene.

For 2006 foreslås det at regionale helseforetak, kommuner og fylkeskommuner selv skal dekke de samlede kostnader knyttet til utbetaling av pasientskadeerstatninger. Staten vil dekke kostnadene knyttet til å forvalte pasientskadeordningen, dvs. driften av Norsk pasientskadeerstatning, Pasientskadenemnda og pasientenes utgifter til advokater.

Statens direkte tilskudd til Norsk pasientskadeerstatning foreslås innlemmet i rammetilskuddet til regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner, fordelt på aktørene etter kriteriene fastsatt for de respektive rammetilskudd. Det foreslås overført 447 mill. kroner i budsjettet for 2006, fordelt med 415 mill. kroner til regionale helseforetak, 1 mill. kroner til fylkeskommuner og 31 mill. kroner til kommuner.

Formålet med omleggingen er å befeste tjenesteyternes ansvar for å sikre god kvalitet, herunder forebygge skader og uhell, og dekke kostnadene knyttet til pasientbehandling. Over tid vil dette bidra til økt oppmerksomhet om de økonomiske kostnadene knyttet til skader, og skjerpe kvalitetsbevisstheten hos de som yter helsetjenestene.

Omlegningen vil ikke få konsekvenser for pasientenes rettigheter.

Endret finansieringsansvar for legemiddelgruppen TNF-hemmere

Legemidler i gruppen TNF-hemmere (tumornekrosefaktor-hemmere) brukes i behandling av rev-

matiske sykdommer. Det er flere TNF-hemmere på markedet som i hovedsak kan erstatte hverandre i bruk. Legemidlet Remicade må gis i sykehus og krever poliklinisk sykehusbehandling. De andre TNF-hemmerne kan pasienten ta selv. Behandlingen er kostbar, anslagsvis 150 000 kroner per pasient, og legemiddelgruppen vokser raskt i omsetning. I 2005 anslås omsetningen til 750 mill. kroner.

Departementet har fått meldinger om at forskjell i finansieringen av bruken av TNF-hemmerne kan påvirke legens valg av legemiddel. Stortinget har vært opptatt av dette i de senere budsjettinnstillingene, jf. anmodningsvedtak nr. 123 av 8. desember 2004 og nr. 572 av 17. juni 2005. Det foreslås at:

- alle TNF-hemmerne finansieres over sykehusenes budsjetter fra 1. juni 2006
- det innføres nasjonale retningslinjer for bruk av TNF-hemmere

Dette vil legge til rette for priskonkurranse mellom produsentene gjennom legemiddelinnkjøpssamarbeid og gi grunnlag for riktigere prioritering. Det er ikke forutsatt budsjettmessig innsparing i 2006.

Strukturtiltak på legemiddelområdet

Ordningen med foretrukket legemiddel er nå innført både for behandling av ukomplisert hypertensjon (høyt blodtrykk) og for kolesterolsenkende behandling. For kolesterolområdet er det anslått en innsparing på 200 mill. kroner i 2006. Ved behandlingen av legemiddelmeldingen oppfordret Stortinget regjeringen til å vurdere ordningen også for andre terapiområder. Departementet arbeider nå med å innføre foretrukket produkt også for allergimedisiner (antihistaminer). Det er anslått at dette vil gi en innsparing på 10 mill. kroner i 2006.

I slutten av 2004 ble det satt i verk et forsøk med anbud på såkalte gråsonelegemidler. Det vil si legemidler som dels finansieres over folketrygden (blåreseptforskriften), og dels gjennom sykehusenes legemiddelbudsjetter. Mange av legemidlene er betydelig dyrere utenfor sykehus. Anbudskjøp av legemidler er allerede etablert i sykehussektoren gjennom sykehusenes legemiddelinnkjøpssamarbeid. Dette har ført til vesentlige besparelser for sykehusene. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår å utvide og forbedre ordningen med anbud på gråsonelegemidler. Innsparingen over folketrygden som følge av dette, er anslått til 17 mill. kroner.

Et legemiddel får som regel konkurranse av byttbare alternativer i det patentbeskyttelsen utløper. Et utvalg legemidler er underlagt en såkalt trinnprismodell, der legemidlets pris reduseres i faste trinn i løpet av det første året etter patentperioden. Det er vedtatt ytterligere priskutt for fire av virkestoffene som inngår i systemet. Denne endringen anslås å gi en innsparing i 2006 på 35 mill. kroner.

Ressurskrevende brukere

Med ressurskrevende bruker menes en person med store hjelpebehov og som mottar omfattende helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Stortinget bevilget ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2003–2004) for Sosialdepartementet 1,2 mrd. kroner til ordningen. Utbetaling i 2005 med bakgrunn i kommunenes rapporterte kostnader ut over innslagspunktet beløper seg til 1,85 mrd. kroner. Det gir en vekst i utbetalingene til kommunene på 650 mill. kroner i forhold til opprinnelig bevilgning. For å dempe utgiftsveksten foreslås den statlige dekningsgraden redusert fra 80 til 70 pst. i 2006, svarende til 230 mill. kroner i reduserte utbetalinger gjennom denne ordningen. Dette er dekning av utgifter som er påløpt i kommunene i 2005. Topppfinansieringsordningen er nærmere omtalt i kapitel 2 ovenfor.

4 Oversiktstabeller

Utgifter fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006	Pst. endr. 05/06
	Helse- og omsorgsdepartementet mv.				
0700	Helse- og omsorgsdepartementet (jf. kap. 3700)	119 354	128 404	126 617	-1,4
0701	Forskning	117 085	135 576	142 464	5,1
0702	Helse- og sosialberedskap	42 628	14 974	27 176	81,5
0703	Internasjonalt samarbeid (jf. kap. 3703)	49 624	17 012	18 980	11,6
	Sum kategori 10.00	328 691	295 966	315 237	6,5
	Folkehelse				
0710	Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 3710)	632 163	522 991	566 493	8,3
0712	Bioteknologinemnda	7 027	6 647	6 474	-2,6
0715	Statens strålevern (jf. kap. 3715)	99 943	92 797	90 959	-2,0
0719	Folkehelse	86 831	89 944	182 897	103,3
	Sum kategori 10.10	825 964	712 379	846 823	18,9
	Helsetjeneste				
0720	Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 3720)	489 188	458 948	369 966	-19,4
0721	Statens helsetilsyn (jf. kap. 3721)	68 287	63 360	65 434	3,3
0722	Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 3722)	399 575	466 558	77 364	-83,4
0723	Pasientskadenemnda (jf. kap. 3723)	15 692	16 916	19 439	14,9
0724	Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak (jf. kap. 3724)	234 476	276 372	242 522	-12,2
0725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap 3725)	51 182	35 086	38 002	8,3
0726	Habilitering og rehabilitering og tiltak for rusmisbrukere	68 533	89 113	47 040	-47,2
0727	Tannhelsetjenesten	14 668	16 538	52 608	218,1
0728	Forsøk og utvikling mv.	138 083	115 837	86 683	-25,2
0729	Annen helsetjeneste	162 081	168 177	206 679	22,9
	Sum kategori 10.20	1 641 765	1 706 905	1 205 737	-29,4

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006	Pst. endr. 05/06
	Regionale helseforetak				
0732	Regionale helseforetak (jf. kap. 3732)	64 675 904	67 879 465	72 429 480	6,7
0737	Kreftregisteret	61 843	71 206	75 485	6,0
	Sum kategori 10.30	64 737 747	67 950 671	72 504 965	6,7
	Psykisk helse				
0742	Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter	30 767	26 074	26 550	1,8
0743	Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse	3 304 235	3 777 079	4 602 863	21,9
0744	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	54 188	41 598	42 929	3,2
	Sum kategori 10.40	3 389 190	3 844 751	4 672 342	21,5
	Legemidler				
0750	Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578)	134 067	124 921	135 064	8,1
0751	Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 3751 og 5577)	74 006	131 835	81 744	-38,0
	Sum kategori 10.50	208 073	256 756	216 808	-15,6
	Omsorgstjenester				
0760	Utredningsvirksomhet m.m.	2 287	7 454	6 880	-7,7
0761	Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet	2 928 192	2 603 072	3 003 346	15,4
	Sum kategori 10.60	2 930 479	2 610 526	3 010 226	15,3
	Sum programområde 10	*74 061 909*	*77 377 954*	*82 772 138*	*7,0*
	Spesialisthelsetjenester mv.				
2711	Spesialisthelsetjenester mv.	3 114 489	2 984 409	2 498 000	-16,3
	Sum kategori 30.10	3 114 489	2 984 409	2 498 000	-16,3
	Legehjelp, legemidler mv.				
2750	Syketransport mv.	55 866			
2751	Legemidler mv.	8 966 378	9 689 000	9 006 000	-7,0
2752	Refusjon av egenbetaling	2 914 862	3 381 000	3 559 000	5,3
2755	Helsetjeneste i kommunene mv.	3 723 066	3 960 000	3 857 000	-2,6
	Sum kategori 30.50	15 660 172	17 030 000	16 422 000	-3,6
	Andre helsetiltak				
2790	Andre helsetiltak	464 610	486 000	563 000	15,8
	Sum kategori 30.90	464 610	486 000	563 000	15,8
	Sum programområde 30	*19 239 271*	*20 500 409*	*19 483 000*	*-5,0*
	Sum utgifter	*93 301 180*	*97 878 363*	*102 255 138*	*4,5*

Inntekter fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006	Pst. endr. 05/06
	Helse- og omsorgsdepartementet mv.				
3700	Helse- og omsorgsdepartementet (jf. kap. 700)	3 884			
3703	Internasjonalt samrabeid (jf. kap. 703)	33 929			
	Sum kategori 10.00	*37 813*			
	Folkehelse				
3710	Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 710)	220 225	79 772	119 624	50,0
3712	Bioteknologinemnda (jf. kap. 712)	318			
3715	Statens strålevern (jf. kap. 715)	38 864	35 950	37 101	3,2
	Sum kategori 10.10	*259 407*	*115 722*	*156 725*	*35,4*
	Helsetjeneste				
3720	Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap 720)	55 043	8 521	3 064	-64,0
3721	Statens helsetilsyn (jf. kap 721)	4 232			
3722	Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 722)	73 351	72 535	72 535	0,0
3723	Pasientskadenemnda (jf. kap. 723)	15 541	17 916	17 916	0,0
3724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell		15 308	12 798	-16,4
3725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap. 725)	17 721	103	106	2,9
	Sum kategori 10.20	*165 888*	*114 383*	*106 419*	*-7,0*
	Regionale helseforetak				
3732	Regionale helseforetak (jf. kap 732)	88 712	181 000	260 000	43,6
	Sum kategori 10.30	*88 712*	*181 000*	*260 000*	*43,6*
	Legemidler				
3750	Statens legemiddelverk (jf. kap. 750)	18 204	5 563	5 741	3,2
3751	Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 751 og 5577)	493	146	151	3,4
5577	Legemiddelomsetningsavgift (jf. kap. 751)	141 719	145 652	150 313	3,2
5578	Avgift på farmasøytiske spesialpreparater (jf. kap. 750)	132 853	119 353	131 672	10,3
	Sum kategori 10.50	*293 269*	*270 714*	*287 877*	*6,3*
	Sum programområde 10	*845 089*	*681 819*	*811 021*	*18,9*
	Sum inntekter	*845 089*	*681 819*	*811 021*	*18,9*

Stillings- og årsverksoversikt

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

Kap.	Virksomhet	Årsverk per 1. mars 2004	Årsverk per 1. mars 2005
700	Helsedepartementet/Helse- og omsorgsdepartementet	170,4	189
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	546,3	544
715	Statens strålevern	94,6	97
720	Sosial- og helsedirektoratet	501	539
	herunder:		
	- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	64	78
	- Pasientombudene	40	39
	- Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	26	27
721	Statens helsetilsyn	80,6	83
722	Norsk pasientskadeerstatning	65,5	72
750	Statens legemiddelverk	170,8	176
	Nemdssekretariater mv.	35,1	39

Garantifullmakter

(i mill. kr)

	Utbetalt i 2004	Garantiansvar per 31.12.2004	Fullmakt nye garantitilsagn 2005	Forslag nye garantitilsagn 2006	Ramme garantiansvar 2006
Garanti for lån til opprettelse og ombygging av apotek, kap. 751.70	0	25,0	0	0	400,0

Bruk av stikkordet «kan overføres»

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

(i 1 000 kr)

Kap.	Post	Betegnelse	Forslag 2006
0702	21	Spesielle driftsutgifter	23 876
0702	70	Tilskudd	3 300
0719	21	Spesielle driftsutgifter	39 838
0719	60	Kommunetilskudd	24 700
0719	70	Hivforebygging, smittervern mv.	26 488
0719	71	Forebygging av uønskede svangerskap og abort	23 079
0719	73	Fysisk aktivitet	12 735
0719	74	Skolefrukt	25 550
0719	79	Andre tilskudd	15 000
0720	22	Elektroniske resepter	35 460
0732	21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren	15 152
0732	70	Tilskudd til helseforetakene	3 308 196
0732	71	Tilskudd til Helse Øst RHF	17 344 169
0732	72	Tilskudd til Helse Sør RHF	9 744 522
0732	73	Tilskudd til Helse Vest RHF	8 897 897
0732	74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF	6 461 392
0732	75	Tilskudd til Helse Nord RHF	5 730 726
0732	78	Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre	644 767
0732	81	Tilskudd til store byggeprosjekter	827 539
0743	21	Spesielle driftsutgifter	20 084
0743	62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner	2 509 357
0743	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid	343 308
0743	73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress	101 739
0743	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern	1 541 006
0761	60	Tilskudd til omsorgstjenester	115 424
0761	63	Tilskudd til rusmiddeltiltak	102 910
0761	70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv.	95 059

Del II
Budsjettforslaget

Programområde 10 Helse og omsorg

Programkategori 10.00
Helse- og omsorgsdepartementet mv.

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006	Pst. endr. 05/06
0700	Helse- og omsorgsdepartementet (jf. kap. 3700)	119 354	128 404	126 617	-1,4
0701	Forskning	117 085	135 576	142 464	5,1
0702	Helse- og sosialberedskap	42 628	14 974	27 176	81,5
0703	Internasjonalt samarbeid (jf. kap. 3703)	49 624	17 012	18 980	11,6
	Sum kategori 10.00	328 691	295 966	315 237	6,5

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006	Pst. endr. 05/06
01–23	Statens egne driftsutgifter	175 956	156 237	166 025	6,3
30–49	Nybygg, anlegg m.v.	3 828	4 153	3 448	-17,0
50–59	Overføringer til andre statsregnskap	117 085	135 576	142 464	5,1
70–89	Andre overføringer	30 922		3 300	
90–99	Utlån, statsgjeld m.v.	900			
	Sum kategori 10.00	328 691	295 966	315 237	6,5

Kap. 0700 Helse- og omsorgsdepartementet (jf. kap. 3700)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
01	Driftsutgifter	114 626	124 251	123 169
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	3 828	4 153	3 448
90	Aksjer	900		
	Sum kap 0700	119 354	128 404	126 617

Bevilgningsforslaget er som følge av innføringen av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen, jf. omtale i Gul bok 2006, redusert med 2 109 000 kroner for post 01 og 784 000 kroner for post 45.

Overført fra 2004 til 2005:
Post 01: 5 030 000 kroner
Post 45: 575 000 kroner

Helse- og omsorgsdepartementet har som mål å utforme en helhetlig og effektiv politikk for helsetjenester (primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester), pleie- og omsorgstjenester og tiltak for rusmisbrukere, samt fremme folkehelsearbeidet. Bevilgningen dekker departementets administrasjonsutgifter til lønn, drift, større utstyrsanskaffelser og vedlikehold.

Helse- og omsorgsdepartementet ble etablert 1. oktober 2004. Departementet fikk overført ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere og pleie- og omsorgstjenester fra det tidligere Sosialdepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet er fra 1. januar 2005 organisert i følgende sju avdelinger:
- Kommunetjenesteavdelingen
- Spesialisthelsetjenesteavdelingen
- Folkehelseavdelingen
- Helserettsavdelingen
- Eieravdelingen
- Administrasjonsavdelingen
- Budsjett- og økonomiavdelingen

Departementet har ansvar innenfor følgende hovedområder:
- folkehelse
- primærhelsetjeneste
- spesialisthelsetjeneste
- pleie- og omsorgstjenester
- tannhelse
- psykisk helse
- rus og helse
- habilitering og rehabilitering
- alternativ behandling
- pasientrettigheter
- legemidler
- bioteknologi og bioetikk
- helsemessig beredskap

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvaret for følgende underliggende virksomheter:
- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Nord RHF
- Helse Sør RHF
- Helse Vest RHF
- Helse Øst RHF
- Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Statens legemiddelverk
- Statens strålevern
- Sosial- og helsedirektoratet
- Statens helsetilsyn
- Norsk pasientskadeerstatning
- Mattilsynet (faglig etatstyring)

I sesjonen 2004–2005 har departementet i tillegg til de faste budsjettproposisjonene, lagt fram følgende for Stortinget:
- St.prp. nr. 37 (2004–2005) Om endringer under enkelte kapitler på statsbudsjettet for 2005 under Utenriksdepartementet, Kultur- og kirkedepartementet, Justis- og politidepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Forsvarsdepartementet som følge av flodbølgekatastrofen i Sør-Asia
- Ot.prp. nr. 5 (2004–2005) Lov om endringer i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) mv.
- Ot.prp. nr. 8 (2004–2005) Om lov om endringer i midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning) mv.
- Ot.prp. nr. 56 (2004–2005) Om lov om endring i lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak mv. (helseforetaksloven)
- Ot.prp. nr. 65 (2004–2005) Om lov om endringer i helseregisterloven
- Ot.prp. nr. 80 (2004–2005) Om lov om endringer i lov 12. mai 2000 nr. 36 om strålevern og bruk av stråling og i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene
- Ot.prp. nr. 93 (2004–2005) Om lov om kosmetikk og kroppspleieprodukt mv. (kosmetikklova)
- St.meld. nr. 18 (2004–2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk – Legemiddelpolitikken

Følgende offentlige utredninger er avgitt og lagt fram for departementet i perioden 2004–2005:
- NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Utvalget skulle utrede og foreslå bedre harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen.
- NOU 2005: 1 God forskning – bedre helse. Utredningen skulle kartlegge dagens regulering av medisinsk og helsefaglig forskning i Norge, vurdere hensiktsmessigheten av denne reguleringen, samt å foreslå eventuelle endringer i dagens regulering.
- NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt. Utvalgets hovedformål var å vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesia-

listhelsetjenesten og vurdere endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandlingen.
- NOU 2005: 11 Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Utvalget presenterte en bred utredning på tannhelsefeltet. Arbeidet omfatter spørsmål vedrørende offentlig engasjement i tannhelsespørsmål, dvs. organisering av offentlige tannhelsetjenester, finansiering, trygderefusjonsordninger, takster, samt samarbeidet mellom offentlig og privat sektor, og den private sektors bidrag til å løse de offentlige tannhelseoppgaver.

Som oppfølging av St.meld. nr. 37 (2004–2005) Flodbølgekatastrofen i Sør-Asia og sentral krisehåndtering, foreslås bevilgningen hevet med 0,4 mill. kroner for å ivareta økte krav til beredskapsplanlegging og krisehåndtering, jf. omtale under kapittel 702.

Kap. 0701 Forskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
50	Norges forskningsråd mv.	117 085	135 576	142 464
	Sum kap 0701	117 085	135 576	142 464

I St.meld. nr. 20 (2004–2005) Vilje til forskning setter Regjeringen ambisiøse mål for Norge som forskningsnasjon. I meldingen foreslås styrking av helseforskning som ett av fire tematiske områder.

Forskning og utvikling (FoU) har en sentral plass i regjeringens arbeid for utvikling av kvalitet og effektivitet i helse- og omsorgssektoren. Sektoransvaret innebærer blant annet et overordnet ansvar for forskning innenfor sektoren herunder å legge til rette for utvikling av langsiktige strategier for kunnskapsoppbygging. Forskningsbasert kunnskap og kompetanse støttes gjennom oppdragsforskning, grunnfinansiering og driftsstøtte til enkelte forskningsinstitutter/forskningsmiljøer. Videre finansieres forskning i helseforetakene og som en integrert del av virksomhetene til underliggende etater og endelig den langsiktige satsingen i regi av Norges forskningsråd. Det er i løpet av våren 2005 blitt utarbeidet nye programplaner innen medisinsk og helsefaglig forskning.

For 2006 foreslås medisinsk og helse- og sosialfaglig forskning styrket med 13 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, hvorav 5 mill. kroner er del av opptrappingsplanen for psykisk helse. I tillegg foretas en omfordeling av forskningsmidler tilsvarende 1,9 mill. kroner.

Epidemiologisk forskning foreslås styrket med til sammen 7 mill. kroner, fordelt på system for diagnosebaserte befolkningsundersøkelser av psykiske lidelser ved Nasjonalt folkehelseinstitutt, og Janus serumbank. Satsingen er en oppfølging av St.meld. nr. 20 (2004–2005) Vilje til forskning. Legemiddelindustriuavhengig forskning foreslås styrket med 1 mill. kroner som ledd i oppfølging av St.meld. nr. 18 (2004–2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk.

Programmet global helseforskning under Norges forskningsråd foreslås styrket med 1 mill. kroner som ledd i Regjeringens handlingsplan for bekjempelse av fattigdom i sør. Samarbeid mellom John Hopkins University i USA og Universitetet i Oslo foreslås styrket med 0,3 mill. kroner som ledd i internasjonalt FoU-samarbeid.

Forskning på organisering av tjenestetilbudet til eldre, rusbrukere og pasienter med psykiske lidelser, herunder ADHD, foreslås styrket med 1,5 mill. kroner. Pasientrettet forskning på eldre/eldre kvinner foreslås styrket med 2 mill. kroner. Forskning omkring kvinners helse foreslås styrket med 1 mill. kroner. Allmennmedisinsk forskning og fagutvikling foreslås styrket med 1,1 mill. kroner i tråd med Innst. S. nr. 11 (2004–2005).

For 2006 er det øremerkede tilskuddet til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentra på vel 394 mill. kroner. Av dette tilskuddet tildeles 60 pst. ut fra oppnådde forskningsresultater. De regionale helseforetakene har valgt å prioritere forskning ut over den statlige øremerkede finansieringen.

Direktefinansiert forskning og driftstilskudd

Direktefinansiert forskning initieres hovedsakelig av departementet for å evaluere og skaffe ny kunnskap til utvikling av innsatsområder. I tillegg gis tilskudd til forskningsmiljøer for at forskningskompetanse på departementets ansvarsområde kan opprettholdes og styrkes. De viktigste tiltakene er

spesifisert på utgiftskapitler og poster, disse er som følger:

- Kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt, post 01, foreslås styrket med 5 mill. kroner fra Opptrappingsplan for psykisk helse til arbeidet med å etablere et system for diagnosebaserte befolkningsundersøkelser av psykiske lidelser.
- Kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt, post 21. Styrkingen av posten i 2005 på 3 mill. kroner til Den norske mor og barn-undersøkelsen foreslås videreført
- Kap. 719 Folkehelse, post 79. Det foreslås en videreføring på 2,8 mill. kroner i driftsstøtte til Norsk institutt for genøkologi.
- Kap. 719 Folkehelse, post 79. Styrkingen i 2005 på 3 mill. kroner til befolkningsundersøkelsen HUNT3 foreslås videreført.
- Kap. 724 Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak, post 21 Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten mv. Evaluering av fastlegereformen. Styrking av forskning og fagutvikling innen allmennlegetjenesten, statistikkutvikling og studier av aktivitet i allmennpraksis (Seda). Støtte til drift og økt forskningsbevilgning på 1,1 mill. kroner ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i Bergen. Støtte til drift og vitenskapelig aktivitet ved Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (Nafkam) ved Universitetet i Tromsø. Nafkam ble i 2000 etablert som et samarbeid mellom Norges forskningsråd (NFR) og Universitetet i Tromsø. Etter at kontrakten med NFR gikk ut 1. august 2005 overtok departementet avtaleforholdet til Universitetet i Tromsø og det direkte ansvaret for grunnbevilgningen til forskningssenteret. Støtte til forskning og drift av Senter for samisk helseforskning ved Universitetet i Tromsø, lokalisert i Tromsø og Karasjok.
- Kap. 726 post 70 (tidligere kap. 610). Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved Universitetet i Oslo har ansvar for undervisning, kunnskapsutvikling og forskning når det gjelder kliniske rusmiddelproblemer, særlig medikamentell behandling. Det ble tildelt 3,2 mill. kroner til arbeidet fra Sosial- og helsedirektoratet i 2005.
- Kap. 727 Tannhelsetjenesten, post 21 Forsøk og utvikling i tannhelsetjenesten. Støtte til drift og forskning ved Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer (Bergen) og til forskning ved Nordisk Institutt for Odontologiske Materialer.
- Kap. 728 Forsøk og utvikling mv., post 21 Spesielle driftsutgifter. Evaluering av sykehusreformen, jf. omtale i St.prp. nr. 1 (2004–2005). For nærmere omtale vises det til Kap. 728 post 21.
- Kap. 728 Forsøk og utvikling mv., post 21 Spesielle driftsutgifter. Sintef får tilskudd til basisfinansiering av forskningsvirksomheten relatert til spesialisthelsetjenesten. Tilskuddet dekker blant annet bidrag til infrastruktur og drift, og til nødvendig kompetanseoppbygging. For nærmere omtale vises til kap. 728.
- Kap. 732 post 70. Tilskudd til Nasjonalt kompetansenettverk for autisme og Det statlige kompetansesystemet for døvblinde.
- Kap. 732 post 78, Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentra (kompetansesentra for sjeldne funksjonshemninger).
- Kap. 737 Kreftregisteret, post 70. Finansiering av stillingene ved Janus serumbank er overtatt av Kreftregisteret. For å sikre framtidig forskning og utnyttelse av datamaterialet forslås kap. 737 post 70 styrket med 2 mill. kroner til drift og vedlikehold av biobanken.
- Kap. 743 Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse, post 70 og 73. Det bevilges midler til forskning, kompetanse- og kunnskapsutvikling blant annet gjennom tilskudd til Regionssenter for barn og unges psykiske helse og Senter for studier av problemadferd og innovativ praksis (post 70), Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress og Seksjon for selvmordsforskning ved Universitetet i Oslo (post 73). Videre bevilges det midler over kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Kap. 761 post 60 Rekrutteringsplanen. Dette er en ny samlepost for hele rekrutteringsplanen, inkludert tidligere kap. 724 post 60.

Forskning i helseforetakene

Klinisk pasientrettet forskning er et viktig strategisk satsingsområde i alle de regionale helseforetakene. Dette kombinert med etableringen av et eget øremerket og delvis resultatbasert tilskudd til forskning fra 2004 har gitt gode resultater. Det er registrert en økning både i forskningsaktivitet og prioritering av forskning og forskerutdanning i helseforetakene. En fortsatt økt satsing på forskning i helseforetakene vil være viktig for å sikre at norsk pasientrettet klinisk forskning kommer på høyden med de øvrige nordiske landene. Det vises til særskilt omtale under kap. 732, post 78 og årlig melding fra de regionale helseforetakene.

Norges forskningsråd gjennomførte i 2004 en ekstern evaluering av medisinsk forskning. Enkelte miljøer har høy internasjonalt standard, helhetsbildet viser imidlertid at man må satse betydelig og bruke ulike virkemidler for å bringe norsk medisinsk forskning på høyde med de andre nor-

diske landene når det gjelder omfang og kvalitet. Andelen medisinere som avlegger doktorgraden i Norge er lavere enn i de øvrige nordiske landene og gjennomsnittsalderen betydelig høyere.

Forskning og utredningsarbeid i underliggende etater

I Nasjonalt folkehelseinstitutt og Statens strålevern inngår FoU som en integrert del av virksomheten, for nærmere omtale vises til henholdsvis kap. 710 og kap. 715.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress ble etablert i 2004. Det nasjonale senteret samler eksisterende mindre kompetansemiljøer og skal bidra til en styrking av forskningen på feltet. For nærmere omtale vises det til kap. 743 post 73.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er organisatorisk underlagt Sosial- og helsedirektoratet. Kunnskapssenter ble opprettet i 2004. Senterets overordnete mål er å bidra til effektive, tilgjengelige, trygge og likeverdige helsetjenester ved å sette helsetjenesten og forvaltningen bedre i stand til å fatte beslutninger som kommer pasienter og befolkningen til gode. Se kap. 725 for nærmere omtale.

Post 50 Norges forskningsråd mv.

Medisinsk-, helse- og sosialfaglig forskning i regi av Norges forskningsråd og forskningsinstitusjonene er et viktig bidrag til kunnskapsgrunnlaget for nasjonale forvaltningsoppgaver, beslutninger i politikkutforming og utvikling av prioriterte fagfelt. Bevilgningen for 2006 skal dekke forskningsprogrammer herunder pågående prosjekter og andre langsiktige satsinger knyttet til Helse- og omsorgsdepartementets programkategorier. Programperioden for de fleste helsefaglige programmene i Norges forskningsråd går ut i 2005. På denne bakgrunn er det etablert fem nye programmer, disse er Helse- og omsorgstjenester, Folkehelse, Psykisk helse, Klinisk forskning og Gen, miljø og helse. Programmene har normalt en varighet på 4–5 år og gjennomføres i tråd med vedtatte programplaner. Sosial- og helsedirektoratet har representanter i programstyrene. Det mottas årsrapporter fra Norges forskningsråd.

Ved utarbeidelse av de ovennevnte nye programmene har det vært en overordnet målsetning å etablere større programmer. I tillegg har det vært en viktig målsetning å sikre en klargjøring av de ulike aktørenes rolle i forhold til forskningsfinansiering slik at de økonomiske virkemidlene innenfor medisinsk og helsefaglig forskning framstår som komplementære. Dette er i tråd med føringene i St.meld. nr. 20 (2004–2005) Vilje til forskning. De regionale helseforetakene, universiteter og høyskoler har i første rekke ansvar for å finansiere mindre forskningsprosjekter utført av egne ansatte innenfor alle fagområder. Norges forskningsråd skal som hovedregel konsentrere sine tildelinger i større prosjekter.

Som følge av endret oppgavefordeling mellom Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet ble deler av kap. 620 Utredningsvirksomhet, forskning m.m., post 50 Norges forskningsråd mv. overført til kap. 701, post 50 fra 2005.

Bevilgningen går til undernevnte programmer og satsinger i Norges forskningsråd, for 2006 foreslås bevilgningen økt med 6,5 mill. kroner.

Som stimulering til internasjonalt FoU-samarbeid foreslås en ekstrabevilgning på 0,3 mill. kroner for 2006 til avtale med John Hopkins University om utveksling av yngre forskere, kontaktfora, reisemidler mv.

Folkehelseprogrammet

Programmet skal bidra til å øke kunnskapsgrunnlaget for utvikling og implementering av helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak. Prioriterte områder er fysisk aktivitet, kosthold, psykisk helse og sosial ulikhet. Videre skal forskningen på forebygging av tobakksskader videreføres. Også andre områder som for eksempel alternativ behandling, spilleavhengighet og smittevern er viktige forskningsområder.

Den tidligere strategiske satsingen på legemiddelepidemiologisk forskning videreføres innenfor Folkehelseprogrammet.

I tråd med St.meld. nr. 16 (2003–2004) Resept for et sunnere Norge er viktige satsingsområder forskning på de store folkesykdommene som hjerte-/karlidelser, kreft og diabetes, og økende folkehelseproblemer som alvorlig fedme. Programmet skal fremme forskning av høy kvalitet med fokus på individuelle, sosiale, kulturelle og samfunnsmessige årsaker til helse og hvordan effektive virkemidler kan utvikles. Programmet skal fremme forskning som utnytter data fra helseregistre og befolkningsundersøkelser.

Program for helse- og omsorgstjenester

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

Det finnes lite nasjonal forskning om styring, ledelse og prioritering i norsk helsetjeneste, og det er et stort behov for å styrke dette. Dette er i tråd

med St.meld. nr. 20 (2005–2005) Vilje til forskning, der det framgår at det er behov for å styrke forskning for politikkutforming og organisering av offentlig sektor. I denne sammenheng vil også komparative studier av ulike helsesystemer være relevant. Det er en særlig utfordring i den kommende programperiode å stimulere til forskning som i sterkere grad retter seg mot helse- og omsorgstjenesten i kommunene og forskning som ser på samhandling mellom helse- og omsorgstjenestens ulike nivåer. Programmet vil også ha fokus på forskning om prosessforløp og effekter av ulike samhandlingsmetoder samt organisatoriske og økonomiske barrierer for samhandling. Det foreligger videre beskjeden kunnskap om hvordan organiserings- og finansieringsmodeller påvirker brukererfaringene.

Det er i løpet av den siste programperioden etablert to helseøkonomimiljøer i tilknytning til Universitetet i Oslo og Universitetet i Bergen. En evaluering i 2003 viste at satsingen har vært vellykket og miljøene videreføres i denne programperioden. Evalueringen av medisin og helsefagene påpekte en mangel på tilsvarende store, tverrfaglige helsetjenesteforskningsmiljøer i Norge. Det er derfor behov for å styrke den universitets- og høyskolebaserte forskningen, og å knytte denne tettere sammen med forskningen som foregår i instituttsektoren og i regi de regionale helseforetak.

Det vil være fokus på hvilken betydning IKT får for organisatoriske og ledelsesmessige forhold, for pasientflyt, informasjonsforvaltning og for helsetjenestens økonomi. Programmet for IKT i medisin og helse har bl.a. finansiert et prosjekt for forskning og utvikling av elektroniske pasientjournaler lokalisert ved NTNU med midler fra Helse- og omsorgsdepartementet, Nærings- og handelsdepartementet og Utdannings- og forskningsdepartementet. Prosjektet skal ferdigstilles i 2008.

Programmet foreslås økt med 1,5 mill. kroner til forskning om organisering av helsetilbudet til eldre/eldre kvinner, rusmisbrukere og pasienter med psykiske lidelser i 2006.

Program for psykisk helse

Programmet vil ha fokus på fire tematiske satsinger; forskning om barn og unges psykiske helse, forskning om psykisk helse i et relasjonsperspektiv, forskning om rusmiddelbruk, avhengighet og psykisk helse og forskning om alvorlige psykiske lidelser.

Det er stort behov for ny kunnskap om barn og unges psykiske lidelser, og om rusproblemer som i økende grad er en del av dette problemkomplekset. Forskning om sosiale og kulturelle faktorer innen psykisk helsefeltet vil også ha fokus i programmet. Relasjonelle aspekter er særlig viktige for forståelsen av psykisk helse og lidelser og av livssituasjonene til de individer som er rammet av lidelsen. Nyere internasjonale undersøkelser viser at 50–80 pst. av rusmiddelmisbrukere som er i behandling for rusmiddelbruk også har psykiske problemer. Det er derfor behov for styrket satsing på forskning om sammenhengen mellom rusmisbruk og psykiske lidelser. Alvorlige psykiske lidelser er et prioritert område i forhold til opptrappingsplanen for psykisk helse, og forskning innen dette område bør fortsatt prioriteres.

Program for klinisk forskning

Gjennom programmet Pasientnær klinisk forskning og alternativ medisin (2000–2005) har Forskningsrådet finansiert små og middels store prosjekter innen klinisk medisin og alternativ behandling. Programmet avsluttes i 2005. Fra 2006 videreføres satsingen på klinisk forskning gjennom ny programstruktur. Forskning på alternativ behandling vil ivaretas gjennom dette programmet samt Program for helse- og omsorgstjenester og Program for folkehelse.

Programmet skal styrke klinisk forskning ved å støtte store kliniske nasjonale og internasjonale studier og vil innenfor spesialisthelsetjenesten prioritere større kostbare studier på tvers av helseregioner, som vanskelig oppnår finansiering gjennom andre tilskudd. Utenfor spesialisthelsetjenesten vil små og mellomstore, praksisnære studier også prioriteres. Det skal åpnes for et bredt metodisk tilnærmingsgrunnlag. Legemiddelindustriuavhengige studier vil bli prioritert for å sikre uavhengig forskning på pasientgrupper og problemstillinger som ikke prioriteres av legemiddelindustrien. Programmet skal også bygge opp og styrke forskningskompetanse der det er nasjonale behov for kompetanseoppbygging, som for eksempel innenfor allmennmedisin, odontologi, alternativ behandling og muskel- og skjelettsykdommer.

Programmet foreslås styrket med 2 mill. kroner til pasientrettet klinisk forskning der det er særskilt behov for oppbygging av kompetanse som innen geriatri og særlig i forhold til kvinners helse. Videre foreslås en styrking av legemiddelindustriuavhengig forskning med 1 mill. kroner

Program for miljø, gener og helse

Programmet skal framskaffe ny kunnskap om både positive og negative effekter og sammenhenger mellom miljøfaktorer og helse. Problemstillinger knyttet til barns helse og utvikling har spesiell

fokus. Miljøfaktorer kan være medvirkende årsaksfaktorer til sykdommer som kreft, luftveissykdommer, hjerte- og karsykdommer, allergier og forstyrrelser i immunsystemet, reproduksjonssystemet og nervesystemet. En del av disse helseproblemene har økende omfang og særlig høy forekomst i Norge. Årsaken til sykdommene er imidlertid i stor grad ukjent. I de fleste tilfeller er de positive og negative helseeffektene trolig forårsaket av et samspill mellom genetiske disposisjoner og faktorer i miljøet. Helseproblemer forårsaket av miljøfaktorer påfører samfunnet store økonomiske utfordringer, både innenfor helsevesenet og øvrige samfunnssektorer. Programmet vil legge vekt på å dekke den totale eksponeringen mennesker er utsatt for, både gjennom utemiljø og inneklima og samtidig inkludere alle eksponeringsveier som innånding, hud, inntak av mat og drikkevann etc. Det vil være behov for studier av langtidseffekter av lave eksponeringer og effekter av samtidig påvirkning fra flere typer miljøforurensinger. Sentrale temaer er helseskadelige kjemikalier, hormonliknende stoffer, støv og partikler, ulike strålekilder, tobakksrøyk, fukt i bygninger og støy. I tillegg er det store utfordringer på mattrygghetsområdet, blant annet knyttet til helseeffekter av nye matprodukter, som for eksempel genmodifiserte produkter. Programmet vil også ha fokus på antibiotikaresistens for å få bedre kunnskap om bakgrunnen for at bakterier utvikler resistens, bedre innsikt i bakterienes og resistensfaktorenes spredning til omgivelser, mat, vann, dyr og mennesker, og for forebygging av sykehusinfeksjoner.

Program for global helseforskning

Norge har i flere år påpekt at det internasjonalt må settes inn større ressurser til forskning på fattigdomsrelaterte sykdommer. Anslag over den totale ressursinnsatsen som går til medisinsk og helsefaglig forskning, har vist at en liten andel av forskningsressursene er rettet mot sykdommer som utgjør hoveddelen av den globale sykdomsbyrden. Regjeringen har som mål å styrke den nasjonale forskningssatsingen rettet mot fattigdomsrelaterte sykdommer. Programmet Global helseforskning skal bidra til å øke norske offentlige og private forskningsinstitusjoners innsats for å løse globale helseproblemer, og bidra til at Norge tar et nasjonalt ansvar for forskning på fattigdomsrelaterte sykdommer som særlig rammer folk i utviklingsland. For å sikre det norske engasjementet fortsatt skal ha et godt kunnskapsgrunnlag, skal forskningsprogrammet Global helse være med å legge til rette for at nasjonale kompetansemiljøer etableres og videreutvikles. Programmet finansieres av Utenriksdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Det foreslås en styrking på 1 mill. kroner for 2006 over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett.

Velferdsprogrammet – aldersforskning

Aldersforskningssatsingen (2002–2012) er en langsiktig strategisk satsing med en tematisk og faglig bredde som omfatter både samfunnsvitenskaplig og helsefaglig forskning. Utvikling av nye og tverrfaglige problemstillinger og perspektiver, oppbygging av forskningsmiljøer og nyrekruttering står sentralt.

Strategiske satsinger

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

Kvinnehelse

Regjeringen mener det er behov for å stimulere til intensiv og samlet forskningsinnsats på kjønnsforskjeller innenfor temaene sykdomsrisiko, diagnostikk, medisinsk behandling, legemiddelbruk, helsetjeneste og forebygging. Bedre kunnskap om kjønnsforskjeller i helse er en viktig forutsetning i arbeidet med å utvikle og implementere gode forebyggings- og behandlingsstrategier på en rekke områder. Det har blitt satt av noe midler til Norges forskningsråd til osteoporoseforskning og noe midler til forskning på psykisk helse i Nasjonalt folkehelseinstitutt. I 2005 har man bidratt til å sikre gjennomføringen av Den norske mor og barn-undersøkelsen i regi av Nasjonalt folkehelseinstitutt. Videre har man bidratt med oppstartsmidler av en ny helseundersøkelse i Nord-Trøndelag (HUNT 3). Disse midlene foreslås videreført i 2006.

Prosjekter med særlig eller utelukkende relevans for kvinners helse inngår i mange av programmene i Norges forskningsråd. Norges forskningsråd stimulerer til at kjønn og kjønnsforskjeller blir drøftet og analysert i alle relevante forskningsprosjekter. I de nye programplanene til Norges forskningsråd er det lagt tydelige føringer for å ivareta kjønnsperspektivet i forskningen og forskning på kvinners helse. I den totale porteføljen var det i 2004 i overkant av 60 prosjekter med spesiell relevans for kvinners helse. Hovedvekten

av prosjektene var innenfor osteoporose, brystkreft og reproduktiv helse. En rapport om forskning på kvinners helse utarbeidet av Norges forskningsråd viser et stort behov for økt forskning på flere relevante temaer innenfor kvinnehelse. Særskilt framheves svak dekning om fibromyalgi, minoritetskvinner og helse og kjønnsperspektivet ved mentale lidelser. Satsingen foreslås økt med 1 mill. kroner for 2006.

Forskning på stamceller fra fødte mennesker

Forskning på stamceller fra fødte mennesker har vært et prioritert område for regjeringen siden 2002. Tilskuddene skal nyttes til forskning på stamceller fra fødte mennesker med sikte på å utvikle og styrke kompetansen når det gjelder grunnforskning og klinisk forskning med stamceller til pasienter med alvorlig sykdom. Forskning på stamceller fra fødte mennesker er et viktig forskningsområde som har et stort potensial innen regenerativ medisin, kreftdiagnose/terapi mv.

Kreftforskning

Kreft er, etter hjerte- og karsykdommer, den hyppigste dødsårsaken i Norge. Det er et stort potensiale for utvikling av ny og mer effektiv diagnostikk og behandling, samt økt forskning som sikrer overføring av forskningsresultater mellom basalforskning og klinikken (translasjonsforskning). Det ble under Nasjonal kreftplan (1998–2003) utarbeidet en strategi for offentlig kreftforskning i regi av Norges forskningsråd. Fra 2002 er det bevilget om lag 20 mill. kroner årlig gjennom Forskningsrådet til prosjekter innenfor kreftforskning. Satsingen videreføres i 2006. Det ble i 2004 utarbeidet en rapport, Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen – kompetanse, kvalitet og kapasitet (juni, 2004) med forslag til hvordan utfordringene innenfor kreftomsorgen skal følges opp i årene framover. I rapporten understerkes det bl.a. at mulighetene for en uavhengig og forskerinitiert klinisk forskning må forbedres. På bakgrunn av tilrådningene og høringsuttalelsene vil departementet utarbeide en nasjonal kreftstrategi. jf. omtale i del III.

EUs strålevernprogram

Euratoms forskningsprogrammer er en del av EUs rammeprogram for forskning, men omfattes ikke av EØS-avtalen. Norge har deltatt på prosjektbasis innen Euratoms forskningsprogrammer fra 3. rammeprogram (1989). EUs 5. rammeprogram for forskning ble videreført av 6. rammeprogram ved årsskiftet 2002–2003. EU åpner for at Norge fortsatt kan delta på prosjekt til prosjekt-basis innen Euratoms forskningsprogrammer. Strålevern og avfall er identifisert som mest aktuelt for norsk deltakelse. Deltakelsen samfinansieres av Helse-og omsorgsdepartementet, Miljøverndepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Utenriksdepartementet, Nærings-og handelsdepartementet og Fiskeri- og kystdepartementet.

Kap. 0702 Helse- og sosialberedskap

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
01	Driftsutgifter	42 628	14 974	
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 70*			23 876
70	Tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*			3 300
	Sum kap 0702	42 628	14 974	27 176

Bevilgningsforslaget under post 21 er som følge av innføringen av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen, jf. omtale i Gul bok 2006, redusert med 700 000 kroner.

Overført fra 2004 til 2005:
Post 01: 390 000 kroner

Helse- og sosialberedskapen skal bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester ved kriser, katastrofer og krig. Hovedprioriteringene er:

- å styrke krisehåndteringen i helse- og sosialtjenesten
- å styrke beredskapen mot atom-, biologiske og kjemiske hendelser

- å arbeide for en robust forsyningssikkerhet i helsetjenesten
- å styrke det internasjonale helse- og sosialberedskapsarbeidet

Tiltak følges opp som del av regjeringens arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap. Det legges vekt på sivilt-militært og internasjonalt samarbeid.

Tiltak finansieres i hovedsak over ordinære driftsbudsjetter fordi helse- og sosialberedskapstiltak er integrert i de respektive virksomheters budsjetter. Det vises særlig til kapitlene 703, 710, 715, 720, 732 og 751. Bevilgningen over kap. 702 omfatter særskilte beredskapstiltak og delfinansiering av enkelte tiltak over ordinære driftsbudsjetter. For å ivareta en helhetlig framstilling er enkelte beredskapstiltak på de ordinære driftsbudsjetter også omtalt her.

Styrket krisehåndteringsevne i helse- og sosialtjenesten

Gjennomføring av lov om helsemessig og sosial beredskap har vært et viktig mål i hele perioden. Kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten har etter loven plikt til å utarbeide beredskapsplan for de helse- og sosialtjenestene de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for. Sykehus, vannverk og næringsmiddelkontrollen har selvstendig planplikt. I henhold til lovens krav skulle beredskapsplanene foreligge innen 1. juli 2003.

De fem regionale helseforetakene har beredskapsplaner i henhold til loven. Rapportering fra Helsetilsynet viser at 6 av 32 helseforetak ikke har bekreftet at de har godkjente planer. Blant de øvrige helseforetakene foreligger det mindre mangler i planverket som følges opp av Helsetilsynet. Sommeren 2005 mangler 88 kommuner godkjente planer for helsemessig og sosial beredskap. Helsetilsynet har gitt pålegg eller varsel om pålegg til helseforetak og kommuner som gjenstår, med sikte på at alle kommuner og helseforetak tilfredsstiller kravene til beredskapsplaner i løpet av 2005.

Alle de fem regionale helseforetakene og alle landets kommuner, med unntak av 3, har utarbeidet beredskapsplaner i henhold til smittevernloven.

Beredskapsplanlegging er en dynamisk prosess. Planer utvikles løpende på basis av risiko- og sårbarhetsanalyser, øvelser, organisasjonsendringer og virkelige hendelser. Flodbølgekatastrofen i Sørøst-Asia i desember 2004 viste at helse- og sosialtjenestene er i stand til raskt å mobilisere store ressurser, også ved større hendelser i utlandet. I 2005 er det startet et arbeid med å følge opp erfaringene fra denne katastrofen, jf. Innst. S. nr. 265 (2004–2005), jf. St.meld. nr. 37 (2004–2005) Flodbølgekatastrofen i Sør-Asia og sentral krisehåndtering og Evalueringsutvalgets rapport.

Mattilsynet har i 2005 lagt vekt på å få på plass administrativ beredskapsplan for å tilpasse fullmakter og ansvar til ny organisasjon. Aktørene innenfor matforvaltningen har gjennomført øvelser som har gitt nyttige erfaringer om bl.a. varsling, kommunikasjon, faglige tiltak og samordning.

Mattilsynet deltar i et prosjekt med Norvar og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap om utvikling av en veileder for beredskapsplaner for vannverk. Veilederen vil gi grunnlag for mer ensartet tilsyn med området. Mattilsynet vil på grunnlag av dette prioritere tilsyn med vannverkenes beredskapsplaner i større grad.

For 2006 er det et mål å gjennomføre lov om helsemessig og sosial beredskap og følge opp flodbølgekatastrofen i Sør-Asia. Regjeringen foreslår å øke bevilgningen under kapitlene 700, 702, 710 og 720 med til sammen 3 mill. kroner i 2006 for å styrke beredskapen på dette feltet. Spørsmål om behov for ytterligere styrking vil bli vurdert i forbindelse med forslag om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2006.

Styrke beredskap mot atom-, biologiske og kjemiske hendelser

Tiltak for å styrke etablerte systemer for beredskap mot atomulykker, biologiske og kjemiske hendelser har stått sentralt i perioden. Det er gjennomført tiltak for å utvikle kompetanse, planer og systemer innenfor alle de tre områdene. Det er blant annet anskaffet nytt mobilt laboratorium ved Statens strålevern og etablert et nasjonalt beredskapslaboratorium i mikrobiologi ved Nasjonalt folkehelseinstitutt. Det gjenstår tiltak for å utvikle måle- og analysekapasitet, kompetansetiltak, samt innkjøp og utvikling av legemiddellagre.

For 2006 er det et mål å utvikle beredskapen mot atom-, biologiske og kjemiske hendelser (ABC) med utgangspunkt fagmiljøenes forslag til tiltaksplaner. Nasjonalt kompetansesenter for ABC-beredskap ved Ullevål Universitetssykehus skal videreutvikles. Regjeringen foreslår å forhøye bevilgningen med 16 mill. kroner i 2006 for å ivareta nødvendig styrking av beredskapen mot atom-, biologiske og kjemiske hendelser, herunder spesielt styrking av legemiddelberedskapen mot pandemisk influensa – som omtales nærmere i neste punkt.

Robust forsyningssikkerhet av legemidler, materiell og utstyr

Lov om helsemessig og sosial beredskap pålegger aktørene i helse- og sosialtjenestene å sørge for tilstrekkelig sikkerhet for forsyning av viktige legemidler og utstyr slik at de kan yte forsvarlige tjenester ved kriser og krig. Helsetilsynet fører tilsyn med tjenestenes etterlevelse av loven, jf. omtale over.

Sosial- og helsedirektoratet forvalter lagre av medisinsk forbruksmateriell og avtale med en grossist som holder et kriselager av legemidler. Nasjonalt folkehelseinstitutt har ansvar for nasjonal vaksineforsyning og holder selv nødvendig kriselager.

Det er gjennomført tiltak for å redusere skadevirkninger av pandemisk influensa. Det er inngått avtale med grossist om å holde et lager av antivirale legemidler og det er inngått en leveranseavtale for kjøp av influensavaksine jf. Innst. S. nr. 170 (2003–2004) jf. St.prp. nr. 43 (2003–2004) Om endring av bevilgningene på statsbudsjettet for 2004 for å dekke utgifter til strakstiltak for å redusere skadevirkninger av en mulig pandemisk influensa og Innst. S. nr. 240 (2004–2005), jf St.prp. nr. 65 (2004–2005) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2005.

Sosial- og helsedirektoratet foretar kontinuerlig vurderinger av legemiddel- og materiellberedskapen. Legemidler, medisinsk utstyr og forbruksmateriell produseres i liten grad i Norge. De senere år er mengden av varer på lager i norske distribusjonsledd redusert. I følge Sosial- og helsedirektoratet har grossistene og apotekene i gjennomsnitt en lagerbeholdning tilsvarende om lag tre ukers forbruk hver. Det er derfor behov for fortsatt innsats og utvikling av både beredskapslagre og leveranseavtaler.

I 2006 vil Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene, sammen med andre berørte aktører, gjennomføre tiltak for å styrke forsyningsberedskapen på alle nivåer innenfor helse- og omsorgssektoren.

Internasjonalt samarbeid

Flere av helseberedskapsutfordringene er internasjonale utfordringer som møtes med nasjonale tiltak koblet med et bredt internasjonalt samarbeid.

Gjennom Nordisk helseberedskapsavtale, som trådte i kraft i 2003, er det inngått et forpliktende nordisk samarbeid for å forberede og utvikle helseberedskapen i de nordiske landene. Avtalen gjelder assistanse ved kriser og katastrofer samt beredskapsforberedelser. Håndteringen av flodbølgekatastrofen i Sør-Asia ble ivaretatt i nært samarbeid med de andre nordiske land. Dette gjaldt samarbeid om innsatsteam i katastrofeområdene, samt samarbeid om hjemtransport og mottak ved flyplasser.

Gjennom deltakelse i WHO deltar Norge i et internasjonalt samarbeid om overvåkning, analyse, tidlig varsling og reaksjonsformer ved utbrudd av smittsomme sykdommer, f.eks. en mulig pandemisk influensa.

Norge deltar i Health Security Committe, EU-landenes forum for samarbeid om beredskap mot terror med bruk av atom-, biologiske og kjemiske midler. EUs nye senter for forebygging og kontroll av smittsomme sykdommer (ECDC) i Stockholm er viktig for å styrke beredskapen mot sykdommer og bioterrorisme. Senteret skal være ansvarlig for smittevernovervåkning og avgi vitenskapelig baserte råd om håndtering av sykdomsutbrudd. Det er også et samarbeid mellom norske helsemyndigheter og smittevernmyndighetene i nærliggende russiske fylker.

Norge deltar i arbeidet til Det internasjonale atomenergibyrået (IAEA) med å forbedre den internasjonale beredskapen ved atomulykker og hendelser.

Norge deltar i helseberedskapsarbeidet i NATOs Joint Medical Committee.

I 2006 legges det vekt på å utvikle det nordiske samarbeidet, herunder tiltak for håndtering av en mulig pandemisk influensa og større krisesituasjoner i utlandet. Andre prioriterte områder er gjennomføring av WHOs internasjonale helsereglement (IHR) og utvikling av samarbeidet innenfor EU, IAEA og NATO.

Merknader til budsjettforslaget

For 2006 er det behov for midler til dekning av tiltak for å styrke beredskapen mot atom-, biologiske og kjemiske hendelser, herunder spesielt styrking av legemiddelberedskapen mot pandemisk influensa. Bevilgningen foreslås forhøyet med 16 mill. kroner for å ivareta planlagte tiltak.

For 2006 er det behov for midler til dekning av tiltak for å utvikle systemer og planverk i tråd med erfaringer fra flodbølgekatastrofen i Sør-Asia, jf. Innst. S. nr. 265 (2004–2005) Innstilling fra forsvarskomiteen, jf. St.meld. nr. 37 (2004–2005) Flodbølgekatastrofen i Sør-Asia og sentral krisehåndtering, samt rapporten fra evalueringsutvalget for flodbølgekatastrofen i Sør-Asia. Det foreslås å heve bevilgningen over kapitlene 700, 702, 710 og 720 med til sammen 3 mill. kroner i 2006, hvor kapittel 702 settes opp med 0,3 mill. kroner, kapittel 700

settes opp med 0,4 mill. kroner, kapittel 710 settes opp med 1,0 mill. kroner og kapittel 720 settes opp med 1,3 mill. kroner for å ivareta planlagte tiltak. Spørsmål om behov for ytterligere styrking vil bli vurdert i forbindelse med forslag om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsettet for 2006.

Det foreslås å overføre 3,9 mill. kroner fra kapittel 702 til kapittel 720 for at beredskapsstillinger i Sosial- og helsedirektoratet, som har vært dekket over kapittel 702, fra 2006 dekkes over kapittel 720.

Kap. 0703 Internasjonalt samarbeid (jf. kap. 3703)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
21	Spesielle driftsutgifter	18 702	17 012	18 980
70	Tilskudd til private/andre	30 922		
	Sum kap 0703	49 624	17 012	18 980

Bevilgningsforslaget er som følge av innføringen av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen, jf. omtale i Gul bok 2006, redusert med 76 000 kroner på post 21.

Formålet med det internasjonale helsesamarbeidet er å bidra til å løse helseutfordringer som ikke stopper ved grensene, kunnskapsutveksling, utvikling av ordninger for å kunne drive effektiv forebygging og sykdomsbekjempelse nasjonalt og å bidra til bedring av helsesituasjonen i Norges nærområder og i andre deler av verden. Samarbeidet med EU står sentralt. Selv om helsetilbudet til befolkningen er et nasjonalt ansvar for EUs medlemsland, er det økende vilje til samarbeid for bl.a. å stå bedre rustet til i fellesskap å møte internasjonale helsetrusler og øke gjensidig læring. Engasjementet innenfor Verdens helseorganisasjon (WHO) har også fått økt betydning. Videre er Norge pådriver i helsesamarbeidet i nærområdene gjennom Barents helse- og sosialprogram og Partnerskapet for helse og livskvalitet innenfor rammen av EUs nordlige dimensjon. Norge er også engasjert i en rekke bilaterale samarbeidsordninger på helsesektoren, med Kina, Frankrike og Russland som sentrale samarbeidsland. I tillegg til dette legges det betydelig vekt på samarbeidet gjennom internasjonale organisasjoner som Nordisk Ministerråd, Europarådet og OECD.

Løpende internasjonalt samarbeid er integrert i de respektive fagområdene og finansieres som hovedregel over ordinære driftsbudsjetter. Bevilgninger over dette kapitlet går i hovedsak til kontingenter og medlemsavgifter, særlig gjelder dette forpliktelser knyttet til EØS-avtalen. I tillegg gis en oversikt over øvrige hovedområder for det internasjonale arbeidet, jf. nærmere omtale under budsjettkapitlene til Statens strålevern, Sosial- og helsedirektoratet, Statens legemiddelverk og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Det vises også til Mattilsynets budsjettkapittel 1115 under Landbruks- og matdepartementet.

Norge gir betydelige bidrag til WHO både i form av frivillige bidrag og kontingent. Bidragene er i stor grad bistandsmidler som bevilges over Utenriksdepartementets budsjett. Tiltak under Barentssamarbeidet og Partnerskapet for helse og livskvalitet innen rammen av EUs nordlige dimensjon skjer med prosjektmidler bevilget over Utenriksdepartementets budsjett.

Hovedprioriteringer i det internasjonale helsearbeidet er å:

- være løpende orientert om utviklingen i EU på viktige helse- og matrelaterte fagområder, følge opp og påvirke utviklingen i en retning som samsvarer med nasjonale målsettinger og sørge for rettidig gjennomføring av regelverket i norsk rett
- videreutvikle nordisk samarbeid på helse- og næringsmiddelområdet for blant annet å styrke den nordiske plattformen i EU og øvrige internasjonale fora
- styrke og videreutvikle helsepolitiske satsinger i nærområdene og i bilateralt samarbeid
- ivareta sentrale helse- og utviklingspolitiske målsettinger gjennom arbeidet i WHO og støtte organisasjonens helsefremmende arbeid
- styrke det internasjonale helseberedskapsarbeidet, jf. kapittel 702 Helse- og sosialberedskap

EU/EØS

Norge deltar i EUs folkehelseprogram 2003–2008. Dette innebærer representasjon i programkomiteen og deltakelse i en rekke arbeidsgrupper knyttet til de tre hovedsøylene i programmet: 1) helseinformasjon, 2) rask respons på helsetrusler, 3) forebygging av risikofaktorer. Norske fagmiljøer deltar i flere prosjekter, herunder også som prosjektansvarlig. Kontingent for den norske deltakelsen, samt kostnader til to nasjonale eksperter ved EU-kommisjonen knyttet til programmet, dekkes over dette kapitlet.

EUs regelverksutvikling på matområdet følges opp ved at det årlig gjennomføres 50–100 rettsakter. Norge deltar i den faste komité for næringsmiddelkjeden og dyrehelsen, og i en rekke arbeids- og ekspertgrupper for å påvirke innholdet i nytt regelverk. Norge arbeider blant annet med gjennomføring av parlaments- og rådsforordning (EF) nr. 178/2002 om allment næringsmiddelregelverk og om opprettelse av Den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet (European Food Safety Authority, EFSA). EFSAs hovedoppgave er å framskaffe uavhengige vitenskapelige vurderinger i saker som har direkte eller indirekte betydning for næringsmiddeltryggheten, herunder risikovurderinger knyttet til dyrehelse, dyrevelferd og plantehelse. EFSAs vitenskapelige vurderinger vil danne grunnlag for utvikling av regelverk i regi av EU-kommisjonen.

EU legger opp til at EFSA skal være fullt operativ fra 2006. Norge har siden opprettelsen vært invitert til og deltatt i møter i myndighetens rådgivende utvalg. Gjennomføringen av forordningen vil sikre formell norsk deltakelse i EFSA. Det vil bli lagt fram en egen stortingsproposisjon om norsk deltakelse i EFSA når alle sider ved en slik deltakelse er avklart gjennom EØS-komiteens beslutning. Det arbeides med sikte på at dette kan skje i løpet av 2006. Det foreslås bevilget midler til deltakelse i EFSA i 2006, dersom Stortinget gir sin tilslutning til slik deltakelse. Andre viktige rettsakter under vurdering for gjennomføring er nytt regelverk for genmodifisert mat, ny hygieneforordning og ny kontrollforordning. Forordninger om beriking av næringsmidler, om helsepåstander på mat og revisjon av merkeregelverket er under behandling i EU. I et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Fiskeri- og kystdepartementet og Mattilsynet er det utarbeidet en samlet strategi for internasjonalt arbeid på matområdet.

Norge deltar i EU-byrået for godkjenning av legemidler (European Agency for Evaluation of Medicinal Products, EMEA), herunder i en rekke ekspertkomiteer under byrået. EUs nye regelverk for godkjenning og markedsføring av legemidler (den såkalte legemiddelreformen) trer i kraft i EU med seneste gjennomføringsfrist 30. oktober 2005. På bakgrunn av det nye regelverket vil det måtte gjennomføres et betydelig implementeringsarbeid nasjonalt, dels med nødvendige lov- og forskriftsendringer. Norske representanter deltar også i utvalg, komiteer mv. innenfor områdene legemidler og medisinsk utstyr. Fra og med 1. januar 2004 finansieres en nasjonal ekspert på legemiddelområdet over dette kapitlet. Kontingenten for deltakelse i EMEA bevilges over kap. 750 Statens legemiddelverk.

I februar 2005 ble blodforskriften, som gjennomfører EUs to bloddirektiver (direktiv 2002/98/EF og direktiv 2004/33/ EF), fastsatt. Dette innebærer at landets blodbanker må godkjennes av Sosial- og helsedirektoratet innen 8. november 2005.

Etter terrorhandlingene i september 2001 etablerte EU-landene et samarbeid om beredskap mot terror med bruk av abc-midler. Samarbeidet skjer innen rammen av Health Security Committee, der Norge deltar. Deltakelsen gir tilgang til et nettverk for informasjon og varsling relatert til bruk av biologiske og kjemiske midler, og mulighet for deltakelse i arbeidsgrupper for utvikling av felles standarder og verktøy i krisehåndteringssammenheng. Etableringen av EUs nye senter for forebygging og kontroll av sykdommer (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC) i Stockholm i 2005, blir et viktig ledd i å styrke beredskapen mot smittsomme sykdommer og bioterrorisme. ECDC er bl.a. ansvarlig for smittevernovervåkning, varsling og å avgi vitenskapelig baserte råd om håndtering av sykdomsutbrudd. Funksjonene i EUs nettverk for smittsomme sykdommer, der Norge har deltatt siden etableringen i 1998, vil bli videreført som hovedfunksjoner i senterets virksomhet. Forslag om norsk deltakelse i ECDC ble fremmet i St.prp. nr. 45 (2004–2005), jf. Innst. S. nr. 166 (2004–2005). Norge deltar nå i senterets aktiviteter og i styrende organer. Det foreslås bevilget midler til den norske kontingenten over dette kapitlet. Norge deltar også i EUs think tank for bekjempelse av hiv/aids.

EU-kommisjonen offentliggjorde i 2004 en tiltakspakke for økt pasientmobilitet, dvs. pasienters tilgang til helsetjenester innenfor fellesskapsområdet. Utgangspunktet er at EF-domstolen har avsagt en rekke dommer som på visse vilkår gir pasienter rett til å få dekket utgifter av hjemlandet til helsehjelp i utlandet. Rettsutviklingen i EU får virkning for norsk regelverk, og resultatet av det pågående arbeidet kan få betydning for norsk helsetjeneste.

EU nedsatte sommeren 2004 en høynivågruppe med tilhørende arbeidsgrupper som leder arbeidet med disse spørsmålene. Norge deltar nå i arbeidet. EU-kommisjonen har i utkastet til tjenestedirektiv som ble lagt fram i januar 2004, foreslått å nedfelle rettighetene på pasientmobilitetsområdet. Samtidig berører en rekke av direktivets foreslåtte bestemmelser regulering og organisering av norske helsetjenester, herunder rettighetsspørsmål. Den politiske behandlingen av direktivet innad i EU viser så langt at bestemmelsene på det helsepolitiske området er kontroversielle, og at det kan ligge an til en betydelig omarbeiding av direktivet på dette punktet. Departementet følger utviklingen i beslutningsprosessen rundt direktivet.

Norge var i mai 2005 vertskap for EUs tredje konferanse innen e-helse, eHealth 2005. Konferansen ble avholdt i samarbeid med daværende formannskapsland Luxembourg og EU-kommisjonen. Mer enn 500 deltakere fra 37 land deltok på konferansen, som fokuserte på folkehelse, herunder hvordan en ved hjelp av IKT kan forbedre tilgjengelighet, kvalitet og produktivitet på helsetjenester og bedre pasientsikkerheten. Videre ble det rettet søkelys på utfordringene som økt pasientmobilitet medfører.

Departementet har siden januar 2003 deltatt i European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP). EDCTP er et stort EU-basert forskningsprogram med hovedformål å bekjempe hiv/aids, tuberkulose og malaria i Afrika. Landenes innsats skal skje ved koordinering av nasjonale aktiviteter med samme formål, samt støtte til gjennomføring av klinisk utprøving av legemidler og andre intervensjoner for å bekjempe de nevnte sykdommene. EDCTP kan støtte prosjekter hvor intervensjonen er utviklet under programmet, så vel som ny bruk av kjente intervensjoner. De kliniske utprøvingene skal skje i Afrika sør for Sahara. Norsk deltakelse i EDCTP gir mulighet for kunnskapsdeling og bredt internasjonalt samarbeid på et prioritert område i kampen mot sykdom og fattigdom.

Departementet har sendt på høring et forslag til implementering av EUs krav om tre års veiledet tjeneste for å kunne praktisere som allmennlege innenfor en nasjonal trygdeordning. Regelverket skal tre i kraft 1. januar 2006.

Mål for 2006 er å samarbeide nært med EU på områder av sentral betydning for helse- og næringsmiddelpolitikken, særlig i forhold til pasientmobilitetprosessen og i forhold til smittevern. Videre skal norsk deltakelse i Den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet (EFSA) sikres.

European Observatory on Health Systems and Policies

Sammen med Sverige, Finland, Spania og Hellas, samt WHOs Europakontor, Verdensbanken, The European Investment Bank (EIB), Open Society Institute, London School of Economics og London School of Hygiene & Tropical Medicine, er Norge partner og økonomisk bidragsyter til European Observatory (EO). Utgangspunktet for etableringen i 1998 var ønsket om å gjøre tilgjengelig kunnskap og erfaringer fra ulike helsesystemer for å kunne bruke dette som grunnlag for politikkutforming i flere land. Målet har vært å skape et grunnlag gjennom sammenliknende studier og analyser av helsesystemene i Europa. Kunnskap spres på internett, ved deltakelse på forskningskonferanser mv. EO samler og utgir fakta om hvert europeisk land i egne hefter. Sosial- og helsedirektoratet ivaretar norsk deltakelse.

Mål for 2006 er økt bruk av kunnskap og erfaringer fra EO i Norge og i forbindelse med norsk deltakelse i helsesamarbeid i nærområdene.

Ovennevnte tiltak finansieres i store trekk over kapittel 703 Internasjonalt samarbeid. For å gi en helhetlig framstilling av bredden i det internasjonale helseengasjementet, gis det i det følgende en kort oversikt over arbeid og tiltak som finansieres over andre kapitler.

Bilaterale samarbeidsordninger og -avtaler

Som en oppfølging av det bilaterale helsesamarbeidet med Kina ble det under helse- og omsorgsministerens besøk i Kina i april 2005 enighet om å forlenge samarbeidsavtalen fram til 2008. Hiv/aids-programmet CHARTS ble startet opp i Hunan-provinsen i 2004 med 6 mill. kroner i støtte over tre år fra Utenriksdepartementet.

Norge og Frankrike inngikk i februar 2003 en helsesamarbeidsavtale. Avtalen skal først og fremst bidra til utveksling av informasjon og kunnskap og partnerskap mellom regionale etater og sykehus. I november 2004 ble det arrangert en konferanse om kreftscreening i samarbeid mellom den franske ambassaden i Oslo og Sosial- og helsedirektoratet.

En bilateral avtale om helsesamarbeid med Russland ble inngått i 1999 og gjaldt etter forlengelse ut 2004. Avtalen la vekt på kontakt på ekspertnivå, og omfatter utvikling av samarbeid innen felt som organisering av helsetjenesten, smittevern, mor/barn-helse og forsyning av legemidler og medisinsk utstyr. I praksis er samarbeidet gjennomført i en rekke prosjekter under Barentssamarbeidet og Østersjørådet. Samarbei-

det fortsetter som før selv om en ny bilateral avtale ikke er undertegnet.

Bilateralt samarbeid om tobakkskadeforebyggende arbeid mellom Polen og Norge har pågått siden helseministerkonferansen i Warszawa 2002. Samarbeidet, som har vært konsentrert om røykeslutt, reklameforbud og opplæring av helsepersonell, er et treårig prosjekt og er således avsluttet. Det arbeides med en eventuell forlengelse.

Norge er med i Norden-Japansamarbeidet som ble startet i 1997 i et møte mellom de nordiske statsministrene og Japans statsminister. Samarbeidet har sitt utgangspunkt i felles utfordringer i forhold til en aldrende befolkning og bygger på gjensidig utveksling av kunnskap om hvordan landene møter denne utfordringen. I 2005 vil det være et møte i Japan.

Rapporten Grenseløst i nord om grensekommunesamarbeid mellom tre kommuner i Nord-Finland og ni i Finnmark og Nord-Troms, ble overlevert til statsministrene fra Finland og Norge i Uleåborg 18. mai 2004. Etablering av en grensesamarbeidskoordinator som skal se situasjonen i helsesosialtjenesten i begge land under ett, er et viktig tiltak innenfor helse- og sosialsektoren. En tilsvarende stilling er under etablering i Finland.

Målet for 2006 er å fornye samarbeidsavtalene med Frankrike og Russland .

Verdens helseorganisasjon (WHO)

Helse- og omsorgsministeren representerer Norge i WHOs styrende organer. Norge har deltatt aktivt i forhandlingene om revidert internasjonalt helsereglement som ble vedtatt av helseforsamlingen i mai 2005. Reglementet gir retningslinjer for WHOs og enkeltlands håndtering av utbrudd av smittsomme sykdommer og forplikter landene til sterkere grad av samarbeid om rapportering og kontroll av smittsomme sykdommer. Reglementet inneholder oversikt over tiltak og virkemidler som kan iverksettes i forhold til sykdomsbekjempelse. Reglementet skal følges opp i nasjonalt regelverk. Sammen med de øvrige nordiske land bidro Norge i 2005 til å sette problemer knyttet til alkohol og folkehelse på WHOs dagsorden.

WHO har vært pådriver for en prosess om miljørettede helseproblemer i Europa. Det er avholdt fire ministerkonferanser om miljø og helse med fem års mellomrom, den siste i Budapest i juni 2004. Norge har fulgt disse prosessene og deltar aktivt i oppfølgingen av Budapest-konferansen.

Norge har deltatt aktivt i utviklingen av WHOs globale strategi for kosthold, fysisk aktivitet og helse, som ble vedtatt av helseforsamlingen i 2004 og er fulgt opp på europeisk og nordisk nivå i 2005. I 2006 blir det arrangert en europeisk ministerkonferanse i regi av WHO med fokus på overvekt.

Norge samarbeider videre med WHO om gjennomføring av WHO/FN-protokollen om vann og helse. Departementet deltar også i arbeidet i Codex Alimentarius Commission, WHOs og FAOs felles organisasjon for internasjonale matvarestandarder. Helse- og omsorgsdepartementet har et spesielt ansvar for å følge opp Mattilsynets arbeid på dette området.

Mål for 2006 er å bidra til et målrettet, effektivt og samlet norsk engasjement i WHO, særlig mht. oppfølging og implementering av rammekonvensjonen for tobakkskontroll, den globale strategien for kosthold, fysisk aktivitet og helse, den europeiske ministerkonferansen om overvekt, det nye internasjonale helsereglementet, handlingsplanen for barns miljø og helse, samt arbeidet med alkohol og folkehelse. Videre vil det bli lagt særlig vekt på arbeidet med helsesystemutvikling og bidra til implementering av prosjekter under protokollen for vann og helse.

Nordisk Ministerråd – helsesamarbeid

Nordisk Ministerråd har satt fokus på en rekke viktige nordiske samarbeidsprosjekter innen helseområdet som departementet vil følge opp under det norske formannskapet i 2006. Satsingsområder vil være samarbeid om eHelse/telemedisin, legemidler, herunder utrede muligheten for felles nordisk produksjon av influensavaksine, helseberedskap, miljømedisin, alkoholpolitikk, demensomsorg i Norden og helsesamarbeid i nærområdene, herunder Nordvest-Russland og de baltiske landene.

Under det norske formannskapet i ministerrådet for fiskeri-, jord-, skogbruk- og næringsmidler vil fokus innenfor området trygg mat og ernæring være på samarbeid om kosthold og fysisk aktivitet, nordisk mat og om forskningsbehov på matområdet. Den nordiske helseberedskapsavtalen knytter helseberedskapssamarbeidet til det nordiske samarbeidet under Nordisk Ministerråd. Det vises til kap 702 Helse- og sosialberedskap for en nærmere omtale av beredskapssamarbeidet.

Mål for 2006 er gjennom formannskapet å følge opp viktige saksområder i det nordiske helsesamarbeidet, herunder eHelse, legemidler, helseberedskap, alkoholpolitikk, helsesamarbeid med nærområdene og samarbeid i forhold til trygg mat, ernæring og fysisk aktivitet.

Barentssamarbeidet, Østersjøsamarbeidet og arbeidet i EUs nordlige dimensjon

Partnerskapet for helse og livskvalitet innenfor rammen av EUs nordlige dimensjon ble etablert 27. oktober 2003 på en ministerkonferanse i Oslo med helseministeren som vert. 15 land og 8 internasjonale organisasjoner inngår i partnerskapet, som utgjør en overbygning for det multilaterale helse- og sosialsamarbeidet med Russland og nærområdene for øvrig.

Utbredelse av smittsomme sykdommer har lenge vært en trussel i regionen, særlig med hensyn til hiv/aids og multiresistente tuberkulosebakterier. Norge har prioritert tiltak mot tuberkulose samt helse og hygiene i fengsler. Generelt kan det sies at situasjonen er i bedring hva gjelder tuberkulose, mens mye gjenstår med tanke på hivforebygging. Samarbeidet med Russland og Baltikum ble i 2004 utvidet til også å omfatte sosiale forhold.

I oktober 2003 vedtok Barentsrådet et nytt program for helse og sosiale spørsmål for perioden 2004–2007. Barentssamarbeidet inngår som en viktig del av Partnerskapet for helse og livskvalitet.

Norge overtar i 2006 formannskapet for arbeidet med sosial- og helsespørsmål under Barentsrådet. Det vil blant annet bli satset på gjennomføring av tiltak mot hiv/aids og utvikling av nye satsinger på det sosiale området. Midler til samarbeidet med Russland og nærområdene bevilges over Utenriksdepartementets budsjett. Bevilgningen til samarbeidsprosjekter med Russland på sosial- og helseområdet var i 2005 17 millioner kroner.

Mål for 2006 er å ivareta det norske formannskapet for arbeidet med sosial- og helsespørsmål under Barentsrådet.

Europarådet

Fra mai til november 2004 hadde Norge formannskapet i Ministerkomiteen i Europarådet. Sentrale tema for formannskapsperioden lå i organisasjonens kjernekompetanse om menneskerettslige spørsmål og utvikling av rettsstat- og demokratistandarder.

Norge var med i den første gruppen av land som i januar 2005 signerte tilleggsprotokollen om biomedisinsk forskning. Norge vil bidra til at de europeiske lands bruk av biomedisin overfor mennesker skjer innenfor rammen av menneskerettighetene og respekten for menneskets verdighet og livets ukrenkelighet.

Hovedlinjene for arbeidet med Europarådet i 2006 vil være å fortsette omleggingen av Helsekomiteens primæroppgaver, med hovedfokus på menneskerettigheter og etiske spørsmål i helsetjenesten.

Samarbeid i OECD om utfordringer innenfor helsesektoren

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

Mål for 2006 er å arbeide for videreføring og styrking av OECDs analyse- og utredningsarbeid rettet mot helsesektoren.

Programkategori 10.10 Folkehelse

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006	Pst. endr. 05/06
0710	Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 3710)	632 163	522 991	566 493	8,3
0712	Bioteknologinemnda	7 027	6 647	6 474	-2,6
0715	Statens strålevern (jf. kap. 3715)	99 943	92 797	90 959	-2,0
0719	Folkehelse	86 831	89 944	182 897	103,3
	Sum kategori 10.10	825 964	712 379	846 823	18,9

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006	Pst. endr. 05/06
01–23	Statens egne driftsutgifter	735 065	623 736	690 388	10,7
30–49	Nybygg, anlegg m.v.	18 025	15 088	13 376	-11,3
60–69	Overføringer til kommuneforvaltningen			24 700	
70–89	Andre overføringer	72 874	73 555	118 359	60,9
	Sum kategori 10.10	825 964	712 379	846 823	18,9

Programkategori 10.10 Folkehelse omfatter bevilgninger til virksomhetene Nasjonalt folkehelseinstitutt, Bioteknologinemnda og Statens strålevern. Programkategorien omfatter videre bevilgninger til sentralt og lokalt folkehelsearbeid, herunder oppfølging av St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge. Programkategorien omfatter spesielle driftsutgifter til folkehelsearbeidet, herunder blant annet miljø og helse, tobakksskadeforebygging og ernæringsarbeidet som forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet. Programkategorien dekker videre tilskuddsmidler til folkehelsearbeidet, herunder tilskudd til smittevern, forebygging av uønskede svangerskap, fysisk aktivitet, skolefrukt, ulykkesforebygging og tilskudd til astma, allergi og inneklimasykdommer.

St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge omhandler retningen for folkehelsepolitikken framover. Forebygge mer og reparere mindre er Regjeringens målsetting for folkehelsearbeidet. Med utgangspunkt i de hovedutfordringer som ble presentert i meldingen, ble folkehelsearbeidet styrket med til sammen 22 mill. kroner i 2005. Dette arbeidet foreslås videreført og styrket med ytterligere 7,35 mill. kroner i 2006. Skolefruktordningen foreslås utvidet og styrket med 4,35 mill. kroner, jf. kap. 719 post 74 Skolefrukt, med sikte på økt skole- og elevdeltakelse. God kvalitet på varene som tilbys elevene, informasjonsvirksomhet og forenklet administrasjon vil stå sentralt i arbeidet i 2006. Arbeidet med forebygging av sykehusinfeksjoner og antibiotikaresistens foreslås styrket med 3 mill. kroner, jf. kap. 719 post 70 Hivforebygging, smittevern mv. Utbrudd av smittsomme sykdommer skal forebygges og smitteoverføring motvirkes.

Helseovervåkning og forskning på psykisk helse foreslås styrket med 5 mill. kroner over kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt post 01. Satsingen på befolkningsundersøkelsen i Nord-Trøndelag HUNT3 og Den norske mor og barn-undersøkelsen foreslås videreført på samme nivå som i 2005.

Som en oppfølging av St.meld. nr. 37 (2004–2005) Flodbølgekatastrofen i Sør-Asia og sentral krisehåndtering foreslås kap. 710 post 01 styrket med 1 mill. kroner til bedret smittevernovervåkning.

For å bedre beskyttelsen mot kikhoste foreslås videreføring av tilbudet om oppfriskningsdose mot kikhoste til alle andreklassinger som del av Barnevaksinasjonsprogrammet. Kap. 710 post 21 er styrket med 7,5 mill. kroner til dette formålet.

Satsingen på lokalt forankret folkehelsearbeid med vekt på bl.a. tverrsektorielle tilnærminger og tilpasninger til regionale og lokale forutsetninger og behov videreføres gjennom partnerskap for folkehelse.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal gi et helhetlig og samordnet tilbud til gravide og til barn og ungdom 0–20 år. Tjenesten skal være en sentral aktør i kommunenes folkehelsearbeid, og språkutvikling hos fireåringer vil stå sentralt i 2006.

Miljø og helse er en viktig del av folkehelsearbeidet. Formålet er å fremme folkehelse og å forebygge sykdom og skader gjennom å bidra til gode sosiale og miljømessige forhold. For å styrke helsetjenestens bidrag pågår det arbeid med utvikling av verktøy som bl.a. helsekonsekvensutredninger og kommunehelseprofiler til bruk i lokal planlegging.

Legionellautbruddet i Østfold avdekket to sentrale utfordringer innen miljørettet helsevern/smittevern. For det første at mange kommuner har liten oversikt over tilsynsobjekter, og dermed for lav tilsynsaktivitet med miljøfaktorer som har betydning for helsen. For det andre at forskriften om miljørettet helsevern er for lite kjent ute blant virksomheter som omfattes av forskriften. På bakgrunn av legionelleautbruddet arbeides det nå med å utarbeide et permanent regelverk for å hindre overføring av legionella via aerosol.

Som en oppfølging av WHOs 4. ministerkonferanse om miljø og helse i Budapest 2004 er det satt i gang et arbeid med en nasjonal plan for barns miljø og helse i Norge. Sju departementer samarbeider om utarbeidelsen av planen under ledelse av Helse- og omsorgsdepartementet.

Det er varslet en fornyet satsing mot støy. Samferdselsdepartementet, Miljøverndepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet skal utarbeide en handlingsplan knyttet til bekjempelse av støy. Videre skal det nasjonale støymålet evalueres og ambisjonsnivået i forurensningsforskriften vurderes innenfor en helhetlig virkemiddelbruk. Det vises til kapittel om sektorovergripende miljøvernpolitikk i del III.

Sosial- og helsedirektoratet sendte høsten 2004 på høring to utredninger som er relevante for arbeidet med å styrke samfunnsmedisinen: En utredning om ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin og en utredning om samfunnsmedisinens muligheter og utfordringer i Norge. På bakgrunn av disse utredningene og innspill i høringsrunden oversendte direktoratet i august 2005 en anbefaling med forslag til tiltak for å styrke samfunnsmedisinen. Saken er under arbeid i departementet. Dette er en oppfølging av Stortingets vedtak i forbindelse med budsjettet for 2002 og St.meld. nr. 16 (2002–2003).

Kap. 0710 Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 3710)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
01	Driftsutgifter	460 985	370 051	396 418
21	Spesielle driftsutgifter	157 583	137 852	156 699
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	13 595	15 088	13 376
	Sum kap 0710	632 163	522 991	566 493

Som følge av innføringen av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen (jf. omtale i Gul bok 2006) er bevilgningsforslaget redusert med:
Post 01: 7 378 000 kroner
Post 21: 13 064 000 kroner
Post 45: 1 999 000 kroner

Overført fra 2004 til 2005:
Post 01: 7 311 000 kroner
Post 21: 7 500 000 kroner
Post 45: 4 953 000 kroner

Resultat

Nasjonalt folkehelseinstitutt (heretter instituttet) har i samarbeid med Statistisk sentralbyrå og Sosial- og helsedirektoratet laget en samlet plan for hvilke helsedata og helseindikatorer som bør samles inn framover. Som en oppfølging av registerforskriftene er helsedata generelt gjort allment lettere tilgjengelig. Innføring av elektronisk meldingssystem har forenklet og forbedret instituttets egen datainnsamling.

Reseptbasert legemiddelregister er etablert og i drift.

De planlagte forbedringene av System for vaksinasjonskontroll, Tuberkuloseregisteret og elektronisk meldesystem for Medisinsk fødselsregister ble forsinket fordi utviklingen av datatekniske løsninger tok lengre tid enn forventet.

Kartleggingen av helseforhold i regioner med samisk bosetting er fullført. Rekrutteringen til Den norske mor og barn-undersøkelsen er nær halvveis. Totalt deltar nå 122 000 personer.

Innsatsen på området psykisk helse er styrket. Det er satt i gang en rekke forskningsprosjekter, blant annet for å skaffe bedre oversikt over helseproblemer hos barn og unge og kartlegge bruk av psykofarmaka ved hjelp av det nye legemiddelregisteret.

De regionale befolkningsundersøkelsene og Mor og barn-undersøkelsen har vært brukt til å belyse kvinners helseproblemer og helseproblemer knyttet til sosial ulikhet.

På smittevernfeltet har instituttet fulgt opp arbeidet med den internasjonale polioplanen. Det er utviklet et overvåkningsopplegg for hivresistens, og det har vært gjennomført kampanje for riktigere bruk av antibiotika for å forebygge antibiotikaresistens. Flere i høyrisikogruppene er blitt vaksinert mot influensa. Kommunene bestilte 105 000 flere vaksinedoser i 2004 enn foregående år. Oppfriskningsdose for kikhoste er innført i Barnevaksinasjonsprogrammet og vil bli tilbudt alle andreklassinger fra og med skoleåret 2005/2006.

Som ledd i arbeidet med å kartlegge befolkningens behov for vaksinasjon, har instituttet i samarbeid med Forsvaret undersøkt rekruttenes immunitet mot meslinger og kikhoste. Overvåkningen av sykehusinfeksjoner er bedret ved at det i forskrifts form er etablert et system for å måle insidens (nyoppståtte tilfeller) av sykehusinfeksjoner, og det er iverksatt en landsomfattende håndhygienekampanje. Instituttet har også tatt i bruk nye genteknologiske metoder for å oppdage og oppklare matbårne infeksjonssykdommer. Det er arbeidet videre med planer for overvåking av hepatitt C.

Instituttet deltok aktivt i arbeidet med oppklaring av utbruddet av infeksjon med parasitten Giardia lamblia, som førte til at om lag 1300 personer ble registrert som syke. I forbindelse med utbruddet av legionella i Østfold bidro instituttet aktivt med sin feltepidemiologiske gruppe og avanserte DNA-analyser.

På det miljømedisinske feltet er arbeidet med å påvise miljøgifter i morsmelk og blod videreført. Det er gjennomført studier av hvordan støy i tilknytning til flyplassutbygging påvirker livskvalitet og psykisk helse.

Beredskapen er styrket ved at det er utviklet analysemetoder for å påvise stridsmidler i drikkevann, og ved at det er bygget et mikrobiologisk beredskapslaboratorium for å kunne påvise og arbeide med mikrober som benyttes ved biologisk terror. Instituttet har også økt beredskapslageret av vaksiner.

Instituttet har etablert nye metoder for å analysere rusmidler og medikamenter i forbindelse med saker om ruspåvirket kjøring. Svartiden for sakkyndige uttalelser til rettsapparatet er redusert fra 7–8 til 2 måneder. Instituttet har bidratt til å styrke den nasjonale utdanningen av legespesialister i klinisk farmakologi.

Instituttet har i 2004 fått støtte til en rekke større forskningsprosjekter fra Norges forskningsråd, National Institutes of Health i USA, EUs rammeprogram for forskning og andre forskningsfinansieringskilder. Samarbeidet med internasjonale forskningsmiljøer er videreutviklet.

Det foreligger to rapporter om bruk av pneumokokkvaksine til spedbarn i Norge. Anbefalinger for bruk av pneumokokkvaksine i Norge som er utarbeidet av instituttet i desember 2004 og en rapport som inneholder en kostnad-/nytteanalyse av innføring av en pneumokokkvaksine i Norge. Sistnevnte rapport er utarbeidet av en ekspertgruppe med representanter fra universiteter, sykehus og Nasjonalt folkehelseinstitutt, og ble delvis finansiert av Wyeth Lederle i Norge. Departementet arbeider nå videre med å vurdere innføring av en pneumokokkvaksine.

Status

Det er behov for bedre koordinering av innsamlingen av helsedata fra befolkningsundersøkelser, økt datakvalitet og bedre ivaretakelse av datasikkerheten. Instituttets epidemiologiske forskning og helseovervåkning omfatter forekomst av livsstilssykdommer knyttet til tobakksbruk, rus, dårlig kosthold og fysisk inaktivitet. For å forebygge ikkesmittsomme folkesykdommer er det viktig med kunnskap om risikofaktorer og utbredelse av de enkelte sykdommene, og hvilke faktorer som forårsaker eller forverrer dem. Det mangler imidlertid data på de områdene som ikke er dekket av dagens helseregistre. Dødsårsaksregisteret gir informasjon om hva folk dør av. Kreftregisteret er imidlertid det eneste registeret som gir informasjon om hvilke ikke-smittsomme sykdommer folk må leve med.

I forebyggingen av de smittsomme sykdommene er det to hovedutfordringer: den ene er å oppdage utbrudd tidlig, den andre er å forebygge utvikling av resistens mot antibiotika og antivirale midler. Det ble meldt 302 personer med tuberkulose i 2004. 239 (79 pst.) av de 302 var født utenfor Norge, det samme som i 2003. Antall meldte tilfeller blant utenlandsfødte gjenspeiler forekomsten av tuberkulose i opprinnelseslandet og er høyest for personer født i land i Afrika og Asia, hvorav 79 pst. var født og sannsynligvis smittet utenfor Norge. Per oktober 2004 hadde 6 pst. av pasientene i 65 sykehus en sykehusinfeksjon. De vanligste infeksjonene var urinveisinfeksjoner, infeksjoner i operasjonssår og lungebetennelser. Tilsvarende andel var 6,8 pst. blant 13 836 beboere i sykehjem og aldershjem.

Mattrygghet og drikkevannskvalitet er fortsatt en utfordring. Meldte sykdomstilfeller som man antar skyldtes drikkevann, var 1400 i 2004, men det er estimert et mørketall per år på 100 000–200 000 tilfeller.

For å kunne forebygge sykdommer som skyldes påvirkning av fysiske, kjemiske, biologiske og sosiale miljøfaktorer, trengs det først og fremst bedre data om hvor mye befolkningen utsettes for av denne typen påvirkning og hvilke helseskader dette kan føre til. Selv om instituttet har fått god oversikt over den generelle belastningen av enkelte miljøgifter som dioksiner og PCB, er et stort antall miljøgifter lite kartlagt. Økt kunnskap om betydningen av sosial ulikhet og fysiske faktorer som for eksempel støy er også nødvendig.

Antallet trafikkulykker er lavere nå enn tidligere, men dette er fortsatt et betydelig folkehelseproblem. En stor andel av disse ulykkene skyldes kjøring i ruspåvirket tilstand, og mange av de påvirkede bilførerne har et kronisk rusmiddelproblem. Erfaringer fra andre land har vist at det her er et betydelig forebyggingspotensial.

Mål 2006

For å styrke innsatsen mot livsstilssykdommene skal Folkehelseinstituttet ved hjelp av foreliggende og egeninnsamlet informasjon overvåke utviklingen i kjente risikofaktorer knyttet til tobakksbruk, bruk av rusmidler, kosthold og fysisk aktivitet. Instituttet skal ta ansvar for en langsiktig oppfølging som gjør det mulig å følge utviklingen over tid. Instituttet skal også drive helseovervåkning og forskning som kan belyse hvorfor det skjer endringer i tobakksbruk, rusmiddelbruk, kosthold og fysisk aktivitet, hvilke effekter dette har på folkehelsen og hva som kan gjøres for å forebygge mer effektivt.

Instituttet skal styrke helseovervåkningen ved å heve kvaliteten og informasjonssikkerheten i de sentrale statlige helseregistrene, videreføre datainnsamlingen til Mor og barn-undersøkelsen, fortsette arbeidet med å gjøre det biologiske materialet i de regionale helseundersøkelsene (CONOR) tilgjengelig for funksjonell genomforskning og ta i bruk nye IT-løsninger for innsamling, oppbevaring og bruk av data. Instituttet skal også bidra til bedre samordning av innsamlingen av helsedata. Instituttet har databehandlingsansvaret for abortregisteret, og skal fra 2006 også føre registeret.

Psykisk helse vil fortsatt være et eget satsingsområde. Aktiviteten vil bli rettet inn mot de områdene som er utpekt i opptrappingsplanen for psykisk helse. Arbeidet med å etablere et system for diagnosebaserte befolkningsundersøkelser av psykiske lidelser skal intensiveres. Forskningen på sosiale miljøfaktorer vil også bli videreført.

På smittevernfeltet skal instituttet prøve ut ny og bedre dataløsning for System for vaksinasjonskontroll. Det er et mål å sørge for at vaksinasjonsdekningen blir over 90 pst. for alle vaksiner i barnevaksinasjonsprogrammet. Det er også et mål å øke vaksinasjonsdekningen for influensa i de gruppene av befolkningen som har høy risiko for alvorlig sykdomsforløp, til 50 pst. i løpet av 2006, og på lengre sikt til 75 pst. Oppfriskningsdose av kikhostevaksine til 7-åringer innføres permanent som en del av barnevaksinasjonsprogrammet.

Instituttet skal videreføre arbeidet mot antibiotikaresistens. Her er det internasjonale infeksjonspresset så stort at målet ikke er å redusere, men å unngå ytterligere økning av antibiotikaresistens i 2006.

I samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet skal instituttet bidra til at landet når det overord-

nede målet om å redusere forekomsten av sykehusinfeksjoner, herunder infeksjoner i sykehjem, ved å følge opp tiltak i Handlingsplanen for å forbygge sykehusinfeksjoner. I tillegg skal instituttet utvikle et forslag til tidlig varsling av sykdomsutbrudd bygget på analyse av kliniske opplysninger fra primærhelsetjenesten. Instituttet skal videreføre informasjonsoppgavene knyttet til forebygging av hiv og aids og andre seksuelt overførbare infeksjoner samt videreutvikle arbeidet med overvåking av hepatitt C og hivresistens. Instituttet skal videreføre oppgavene innen smittevernberedskap, og delta i internasjonalt smittevernarbeid, jf. kap. 703.

For blant annet å demme opp for det økte smittepresset av næringsmiddelbårne infeksjoner vil instituttet samarbeide med Veterinærinstituttet, Mattilsynet og kommunene om å styrke innsatsen for økt mattrygghet. Folkehelseinstituttet skal i 2006 ivareta referansefunksjoner, faglig beredskap og yte annen FoU-basert bistand til Mattilsynet, med grunnlag i basisbevilgningen og eksisterende avtaler. Instituttet skal videreutvikle rådgivnings- og informasjonsfunksjonen overfor sentrale helse- og landbruksmyndigheter, kommunene og helseforetakene.

Det er ikke behov for at instituttet driver egen vaksineutvikling, men instituttet skal av faglige og beredskapsmessige hensyn fortsatt opprettholde muligheten for å framstille vaksiner.

På det miljømedisinske området vil instituttet i løpet av 2006 avklare i hvor stor grad befolkningen utsettes for akrylamid dannet ved varmebehandling i mat. Det skal undersøkes hvordan kvaliteten på drikkevann kan forbedres ved rensemetoder for å fjerne helseskadelige algetoksiner og kunnskap om skadelige stoffer og bakterievekst i drikkevannsledninger. I tillegg skal det undersøkes om svevestøv i utendørsluften kan bidra til hjerte-karsykdommer.

Som en oppfølging av St.meld. nr. 49 (2003–2004) Mangfold gjennom inkludering og deltakelse skal instituttet utvikle dødelighet som indikator på utvikling i helsesituasjonen for ulike innvandrergrupper, se vedlegg til St.prp. nr. 1 (2005–2006) Kommunal- og regionaldepartementet.

Finansieringen av stillingene ved Janus serumbank er overtatt av Kreftregisteret, jf. kap. 737 post 70. Det skal legges til rette for at biobanken kan lagres ved Nasjonalt folkehelseinstitutt. Arbeidet med å flytte biobanken skal starte opp i 2006.

Vitenskapskomiteen for mattrygghet

Som en del av reformen av matforvaltningen ble Vitenskapskomiteen for mattrygghet etablert fra og med 2004. Hovedformålet er å sikre uavhengige vitenskapelige risikovurderinger for Mattilsynet. Risikovurderingene vil være grunnlag for Mattilsynets innspill angående etablering av beskyttelsesnivå og gi grunnlag for valg av tiltak. Dette gjelder bl.a. i utarbeidelse av nye forskrifter, instrukser og i konkrete situasjoner når ny kunnskap om mulig risiko avdekkes. Komiteen skal også utføre vitenskapelige risikovurderinger på områdene kosmetikk, dyrehelse, dyrevelferd og plantehelse, og inkludere relevante miljøhensyn under Mattilsynets forvaltningsansvar. Vitenskapskomiteen er organisert i en hovedkomité og åtte faggrupper. Sekretariatet er lokalisert til Nasjonalt folkehelseinstitutt, men er faglig uavhengig av instituttet.

Avklaring av interne og eksterne roller og av prinsipper og rutiner blant annet for samhandling med Mattilsynet, forvaltningsstøttemiljøene og Nasjonalt råd for ernæring, har vært viktige og ressurskrevende oppgaver etter etableringen. Kontaktmøter for å sikre et godt samarbeid skal gjennomføres jevnlig. Kontakt med European Food Safety Authority (EFSA) er høyt prioritert. Sekretariatet for vitenskapskomiteen deltar i EFSAs Advisory Forum og koordinerer kontakten til EFSA nasjonalt. Arbeid i forhold til EFSA og andre internasjonale fora er viktig for å være oppdatert om hva som skjer både på europeisk og globalt nivå, og for å spille inn norske bidrag.

Komiteen mottar i 2005 et økende antall saker. Relevante oppgaver til tidligere Rådet for plantevernmidler er overtatt av komiteen.

Kompetanseutvikling både for komiteens medlemmer og sekretariatet vil bli vektlagt i fortsettelsen. Det vil være aktuelt å la medarbeidere i sekretariatet hospitere i EFSA eller andre lands risikovurderingsorganer.

Arbeidet til Vitenskapskomiteen skal være åpent og tilgjengelig via nettpublisering og dialog med berørte parter. Hovedkanalen for å sikre åpenhet og tilgjengelighet, www.vkm.no, var operativ i desember 2004. Det vil legges spesielt vekt på populariserte sammendrag av risikovurderingene.

I 2006 må det gjøres en evaluering av komiteens virksomhet, herunder oppdelingen i faggrupper, før planlagt ny oppnevning i 2007.

Merknad til budsjettforslaget

Post 01 Driftsutgifter

16,5 mill. kroner av driftsbevilgningen foreslås øremerket Vitenskapskomiteen for mattrygghet.

Posten foreslås styrket med 5 millioner kroner til arbeidet med å etablere et system for diagnosebaserte befolkningsundersøkelser av psykiske lidelser.

Som en oppfølging av St.meld. nr. 37 (2004–2005) Flodbølgekatastrofen i Sør-Asia og sentral krisehåndtering foreslås posten styrket med 1 mill. kroner til bedret smittevernovervåkning ved utenlandske hendelser som kan ramme befolkningen i Norge, jf. omtalen under kap. 702.

Drift av referanselaboratorium for tuberkulose er en varig oppgave og er pålagt Folkehelseinstituttet i medhold av tuberkulosekontrollforskriften. Midlene til denne driften er tidligere tildelt Nasjonalt folkehelseinstitutt over kap. 719 post 70. Det foreslås å flytte 1,1 mill. kroner fra kap. 719 post 70 til kap 710 post 01.

For å sikre en mer realistisk budsjettering foreslås post 01 økt med 20 mill. kroner mot tilsvarende øking av inntektskravet over inntektskapitlet 3710.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Postens formål er hovedsakelig testing, forsyning og formidling av vaksiner. Under formidlingsvirksomheten tilbys Barnevaksinasjonsprogrammet gratis til alle barn i Norge. Enkelte andre vaksiner tilbys gratis til spesielle målgrupper. I tillegg foreligger det offisielle anbefalinger om vaksinasjon, men der vaksinen må bekostes av den som skal vaksineres. Dette gjelder bl.a. influensavaksine for eldre. Også når det gjelder disse vaksinene er det Folkehelseinstituttet som står for innkjøp og salg.

Mor og barn-undersøkelsen er en studie av årsaker til sykdom hos mor og barn og hoveddelen av undersøkelsen finansieres over denne posten.

Posten foreslås styrket med 7,5 mill. kroner som en videreføring av oppfriskningsdosen mot kikhoste for alle andreklassinger under Barnevaksinasjonsprogrammet.

For å sikre en mer realistisk budsjettering foreslås post 21 økt med 20 mill. kroner mot tilsvarende økning av inntektskravet over inntektskapitlet 3710.

Kap. 3710 Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 710)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
02	Diverse inntekter	211 551	78 882	37 324
03	Vaksinesalg		890	82 300
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	269		
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	2 724		
17	Refusjon lærlinger	247		
18	Refusjon sykepenger	5 434		
	Sum kap 3710	220 225	79 772	119 624

Merknad til budsjettforslaget

Regnskapet til Nasjonalt folkehelseinstitutt har senere år vist høyere inntekter enn i nysaldert budsjett, med tilsvarende bruk av merinntektsfullmakt. Departementet har for 2006 lagt vekt på regnskapstallene for å fastsette nivået på utgifts- og inntektspostene, og foreslår å justere opp både inntekts- og utgiftsanslaget med 40 mill. kroner. Bevilgningen over kap. 3710 foreslås satt opp med 40 mill. kroner, fordelt med 20 mill. kroner på hver av postene 02 og 03. Tilsvarende foreslås bevilgningen over kap. 710 satt opp med 40 mill. kroner, fordelt med 20 mill. kroner på hver av postene 01 og 21.

Videre foreslås 64,1 mill. kroner flyttet fra post 02 til post 03 for å samle inntektene fra vaksinesalget på en egen post.

Kap. 0712 Bioteknologinemnda (jf. kap. 3712)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
01	Driftsutgifter	7 027	6 647	6 474
	Sum kap 0712	7 027	6 647	6 474

Bevilgningsforslaget er redusert med 291 000 kroner som følge av innføringen av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen, jf. omtale i Gul bok 2006.

Overført fra 2004 til 2005:
Post 01: 178 000 kroner

Bioteknologinemnda er et rådgivende og frittstående organ hjemlet i bioteknologiloven og genteknologiloven. Nemnda skal drøfte etiske og samfunnsmessige spørsmål i knyttet til bioteknologisk virksomhet, informere publikum, bidra til samfunnsmessig bevisstgjøring og gi råd om gen- og bioteknologi til norske myndigheter.

I 2004 ble det utnevnt ny nemnd for perioden 2004–2008. Av nemndas 21 medlemmer er 13 personlig oppnevnt og 8 organisasjonsoppnevnt. Den nye nemnda har vedtatt handlingsplan for oppnevningsperioden. Sekretariatet har i 2004 hatt fem faste stillinger, hvorav en i 10 pst. stilling, to stillinger på engasjements- og timebasis og en sivilarbeider.

I 2004 har nemnda hatt syv ordinære møter, gitt 18 uttalelser til myndighetene, holdt kurs for lærere og arrangert seminar i Stortinget om preimplantasjonsdiagnostikk og vevstyping. Nemnda har drevet utstrakt informasjon og opparbeidet bred kontakt med fagmiljøer og allmennheten. Omfanget av henvendelser har økt betydelig i 2004. Mange henvendelser kommer fra elever og lærere, og nemnda oppgis som informasjonskilde i lærebøker. Informasjonsbladet Genialt kom i fire nummer med opplag på 8000 og er også tilgjengelig på nemndas nettside. Det ble utgitt et skolehefte om stamceller med et opplag på 15 000.

I 2004 har nemnda hatt fem åpne debattmøter med temaene fosterdiagnostikk, sameksistens med genmodifiserte planter, genressurser og om bredere etiske spørsmål knyttet til genteknologi og menneske. I samarbeid med Unesco-kommisjonen arrangerte nemnda møte om etiske og samfunnsmessige konsekvenser av ny kunnnskap innenfor biologi og bioteknologi med 700 påmeldte deltakere og bl.a. to nobelprisvinnere som foredragsholdere.

Det foreslås at bevilgningen til Bioteknologinemnda videreføres for 2006 på samme nivå som for 2005.

Kap. 3712 Bioteknologinemnda (jf. kap. 712)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
16	Refusjon fødselspenger	118		
18	Refusjon sykepenger	200		
	Sum kap 3712	318		

Kap. 0715 Statens strålevern (jf. kap. 3715)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
01	Driftsutgifter	66 408	58 359	56 364
21	Oppdragsutgifter	29 105	34 438	34 595
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	4 430		
	Sum kap 0715	99 943	92 797	90 959

Som følge av innføringen av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen (jf. omtale i Gul bok 2006) er bevilgningsforslaget redusert med:
Post 01: 3 049 000 kroner
Post 21: 945 000 kroner

Resultat 2004

Statens strålevern har prioritert implementering av nytt regelverk etter at ny strålevernforskrift trådte i kraft 1. januar 2004. Dette har skjedd gjennom utvikling av veiledningsmateriell i tett dialog med brukerne. For første gang ble tilsynet med medisinsk strålebruk basert på systemrevisjonsprinsippet ved ett utvalgt helseforetak i hver helseregion. Tilsynene avdekket at tilstanden vedrørende strålevern jevnt over er god, men med visse variasjoner. Innsats for kvalitetssikring av mammografiscreening og av stråleterapi skjedde i nært samarbeid med de aktuelle helseforetakene og i dialog med fagmiljøene.

Strålevernet videreutviklet i 2004 sin rolle i det internasjonale beredskapsarbeidet. Det ble gjennomført en stor øvelse mellom Kriseutvalget for atomulykker og Institutt for energiteknikk som ga viktig innspill til videreutvikling på beredskapsområdet.

Institutt for energiteknikk avsluttet i 2004, i henhold til gjeldende konsesjon, arbeidet med mer detaljerte dekommisjoneringsplaner og med konsekvensvurdering av anleggene etter plan- og bygningsloven. Strålevernet gjennomførte i 2004 en grundig gjennomgang av nåværende og tidligere utslipp fra Institutt for energiteknikk, som følge av lokalbefolkningens uro knyttet til historiske utslipp i Skedsmo kommune. Arbeidet med å utvikle en såkalt designbasistrussel for Institutt for energiteknikks anlegg ble videreført med basis i Det internasjonale atomenergibyrået (IAEA) gjennomgang av den fysiske sikringen og ny trusselvurdering fra Politiets sikkerhetstjeneste.

Strålevernet har fra 2004 direktoratsoppgaver for Utenriksdepartementet når det gjelder realisering av regjeringens handlingsplan for atomsikkerhet i Nordvest-Russland. Direktoratsoppgaver overfor Miljøverndepartementet når det gjelder radioaktiv forurensning av det ytre miljø, er videreført.

Mulige helseeffekter av elektromagnetiske felt hadde sterkt fokus i 2004. Strålevernet startet opp en ekstern arbeidsgruppe med det formål å gjennomgå og drøfte dagens forvaltningspraksis. På mobiltelefoniområdet ble det utviklet nordisk konsensus om fortsatt varsomhet.

Status 2005

Sikkerheten ved atomanleggene i Halden og på Kjeller er høyt prioritert. En vurdering av detaljerte planer for eventuell stengning vil løpe parallelt med behandling av en mulig ny søknad om konsesjon for drift utover 2008.

Nye krav til internkontroll i virksomhetene som bruker strålekilder, gjør at tilsynsmyndighetens fokus flyttes mer over mot systemrevisjon. Samarbeid mellom myndigheter med ansvar for HMS-området er derfor viktig.

Fysisk sikring av alle strålekilder og innsats for ikke-spredning er både en internasjonal og en nasjonal utfordring.

Atomberedskapen i Norge ligger fast. Trusselbildet er i endring og oppdateres særlig med utgangspunkt i terrortrusselen, men også vurdert i forhold til utviklingen i kjernekraftsektoren. I tillegg må tilrådingene fra Kriseutvalget ved atomulykker følges opp når det gjelder fornying av måleutstyr og kompetanse. Anløp av atomdrevne fartøy i norske havner krever fornyet gjennomgang av regelverk og beredskap. Internasjonalt leder Norge arbeidet for styrket samarbeid og kommunikasjon landene imellom.

Samarbeidet med Russland på atomsikkerhetsområdet internasjonaliseres, og Norge spiller fortsatt en sentral rolle i dette arbeidet.

Overvåkning av det norske strålingsmiljøet i helsevesen, industri og i det ytre miljø må fortsatt gis prioritet. Tilsvarende ble arbeid for nordisk konsensus om solarier startet. Plan for varsling av høye UV-nivåer ble utarbeidet. Spørreundersøkelse om nordmenns solingsvaner er gjennomført.

Strålevernet har ledet en arbeidsgruppe som 31. mai 2005 la fram en rapport om Forvaltningsstrategi om magnetfelt og helse ved høyspentanlegg etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Olje- og energidepartementet. Rapporten er på høring fra Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2005.

Strålevernet har i 2005 behandlet konsekvensutredninger for deponi av lavradioaktivt avfall (LRA) fra oljeindustrien i Gulen i Sogn og Fjordane. Strålevernet har tidligere behandlet konsekvensutredning av tilsvarende deponi i Sokndal i Rogaland og gitt driftstillatelse til dette under forutsetning av det etableres en statlig garanti for drift av anlegget.

Mål 2006

Kriseutvalgets langtidsplan for oppgradering av atomberedskapen og helsemyndighetenes plan for beredskapstiltak på ABC-området skal følges opp, herunder bl.a. ferdigstillelse av nytt automatisk varslingsnettverk, videreutvikling av prognoseverktøy og måleberedskap, samt videreutvikling av beredskap i helsevesenet. Oppfølging omfatter også å holde eksisterende kapasiteter operative, bl.a. mobilt laboratorium, mobile målesystemer og kommunikasjonssystemer. Det sivilmilitære samarbeidet skal videreføres. Krisehåndteringsevnen skal videreutvikles gjennom møter, seminar og øvingsaktivitet. Strålevernet leder IAEA-arbeidet med å bedre internasjonal beredskap ved atom- og strålingsulykker. Strålevernet skal videreføre og videreutvikle de nasjonale overvåkningsprogrammene for radioaktiv forurensning i luft, terrestrisk miljø, marint miljø, samt i husdyr og næringsmidler.

Kriseutvalget for atomberedskapen har lagt fram en revidert langtidsplan for oppgradering av atomulykkeberedskapen. Den styrking av bevilgningen som ble gitt til Statens strålevern for 2005 på 2,5 mill. kroner, videreføres i budsjettforslaget for 2006. Dette vil gjøre det mulig å videreføre arbeidet med utskiftning og oppgradering av nødvendig utstyr innenfor departementets/Strålevernets sektoransvar for denne beredskapen.

Implementering av den nye strålevernsforskriften vil være en prioritert oppgave for Strålevernet. Dette inkluderer godkjenninger, system for behandling av meldinger og veiledninger. Tilsyn innen medisinsk strålebruk i 2006 vil være knyttet til helseforetakene i helseregionene Sør og Vest. Strålevernet skal arbeide for en større harmonisering av sin tilsynsmetodikk og særskilt følge opp utslipp av radioaktive stoffer fra ikke-nukleær industri, samt håndtering og utslipp av naturlig radioaktivitet fra olje- og gassproduksjon. Restmaterialer eller slagg fra gruvedrift kan inneholde forhøyede konsentrasjoner av naturlig forekommende radioaktive stoffer. Strålevernet vil i samarbeid med andre myndigheter klarlegge omfanget av disse miljøproblemene i Norge, og foreslå undersøkelser og tiltak.

Strålevernet vil redusere de negative konsekvensene radon representerer, ved å identifisere utsatte områder, og stimulere til gjennomføring av kostnadseffektive tiltak i eksisterende og nye boliger, skoler, barnehager og arbeidsplasser.

Strålevernet vil fortsette innsamling av informasjon om prosedyrer og protokoller på barnerøntgen og sammenstille dette i nordisk regi. Strålevernet vil også videreføre samarbeidet med andre helsemyndigheter med sikte på å få til en mer automatisk innhenting og rapportering av data fra virksomhetene. Strålevernet vil i nært samarbeid med fagmiljøene i stråleterapi starte utvikling av nasjonale handlingsplaner for ulike grupper av kreftdiagnoser.

Overvåking av naturlig UV vil bli videreutviklet. Det vil bli arbeidet med et nasjonalt og et internasjonalt samarbeid om varsling av høye UV-nivåer. Videre vil en vektlegge holdningsskapende informasjonsarbeid særlig rettet mot barn og unge, og ha oppmerksomhet mot barns mobiltelefonbruk. Behovet for rådgivning om elektromagnetiske felt, særlig knyttet til høyspentledninger, forventes å øke, jf. rapport om forvaltningsstrategi om magnetfelt og helse ved høyspentanlegg som er sendt på ekstern høring høsten 2005. Kommunenes tilsyn med solarier vil følges opp.

Strålevernet skal understøtte UDs realisering av handlingsplanen for atomsikkerhet i Nordvest-Russland. Strålevernet skal også videreutvikle samarbeidet med russiske myndigheter når det gjelder helse, miljø og sikkerhet. Dette arbeidet vil bidra til åpne prosesser når det gjelder konsekvensvurderinger rundt radioaktivt materiale og atomanlegg i Russland. I beredskapssamarbeidet med Russland fokuseres spesielt på å etablere praktiske retningslinjer for varsling og informasjonsutveksling samt å videreutvikle øvingssamarbeidet mellom landene.

Kap. 3715 Statens strålevern (jf. kap. 715)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
02	Salgs- og leieinntekter	4 785	1 558	1 608
05	Oppdragsinntekter	32 517	34 392	35 493
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	41		
16	Refusjon fødselspenger	373		
18	Refusjon sykepenger	1 148		
	Sum kap 3715	38 864	35 950	37 101

Kap. 0719 Folkehelse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	13 957	16 389	39 838
60	Kommunetilskudd, *kan overføres*			24 700
70	Hivforebygging, smittervern mv., *kan overføres*	27 850	23 826	26 488
71	Forebygging av uønskede svangerskap og abort, *kan overføres*	20 524	22 363	23 079
72	Stiftelsen Amathea	14 532	15 026	15 507
73	Fysisk aktivitet, *kan overføres*	9 968	12 340	12 735
74	Skolefrukt, *kan overføres*			25 550
79	Andre tilskudd, *kan overføres*			15 000
	Sum kap 0719	86 831	89 944	182 897

Som følge av innføringen av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen (jf. omtale i Gul bok 2006) er bevilgningsforslaget redusert med:
Post 21: 4 075 000 kroner

Overført fra 2004 til 2005:
Post 21: 607 000 kroner
Post 70: 12 013 000 kroner
Post 71: 784 000 kroner

Post 21 Spesielle driftsutgifter, kan overføres

Spesielle driftsutgifter til folkehelsearbeidet bevilges under denne posten, herunder oppfølging av St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge – Folkehelsepolitikken. Posten dekker spesielle driftsutgifter til Sosial- og helsedirektoratets forvaltningsoppgaver på folkehelseområdet. Nedenfor følger en nærmere omtale av områdene miljø og helse, ernæring og mattrygghet, tobakksskadeforebygging, grønn resept og helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Midler til ordningen med grønn resept er foreslått videreført over kap. 720 post 01, men er omtalt her for å samle omtalen av folkehelsearbeidet. Posten dekker også spesielle driftsutgifter til arbeidet med fysisk aktivitet. Området fysisk aktivitet er omtalt samlet under kap. 719 post 73.

Miljø og helse

St. meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge omtaler planlegging etter plan- og bygningsloven som et sentralt virkemiddel i folkehelsearbeidet og lanserer en rekke tiltak for å styrke folkehelseperspektivet i samfunnsplanleggingen. Tiltakene er i hovedsak knyttet til infrastruktur og organisering, utvikling av planleggingsverktøy og oppbygging av plan- og prosesskompetanse i helsesektoren.

Helsekonsekvensutredninger er å vurdere effekten, direkte eller indirekte, på folkehelsen av en politikk, strategi, program eller prosjekt. Formålet er å klargjøre virkninger av tiltak som kan ha vesentlige konsekvenser for helsen eller helsetjenesten. Sosial og helsedirektoratet har etablert en kompetanseenhet for helsekonsekvensutredninger som skal drive metodeutvikling og erfaringsoppsummering, kompetanseoppbygging, nettverksarbeid og veiledning ovenfor fylker og kommuner, samt gi faglig støtte og rådgivning ovenfor Helse- og omsorgsdepartementet. Midler til drift av denne enheten er videreført på kap 720 post 01. Det er et mål at helsekonsekvensutredninger skal utvikles til å bli et viktig verktøy i det lokale folkehelsearbeidet. Det skal legges vekt på veiledning til kommunene og videreføring av det utviklingsarbeidet som ble gjennomført i forbindelse med veileder for miljørettet helsevern.

Utvikling av kommunehelseprofiler skal gjøre data om helsetilstand, påvirkningsfaktorer og tjenester mer tilgjengelig for kommunene. Arbeidet ledes av Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet. Sosial- og helsedirektoratet la ved utgangen av 2004 fram en rapport med forslag til indikatorer og organisering av det videre arbeidet. Kommunehelseprofilene skal være operative i løpet av første halvår 2006.

Helse- og omsorgsdepartementet har i samarbeid Miljøverndepartementet og Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet et utprøvingsopplegg i et utvalg kommuner for hvordan plan- og bygningsloven og planleggingsverktøyet som er under utvikling, kan brukes til å forankre og styrke folkehelsearbeidet. Utprøvingen er organisert som et prosjekt med forankring i Sosial- og helsedirektoratet og den inkluderer forslag til tiltak som på kort og lang sikt skal styrke plan- og prosesskompetansen i helsesektoren.

Det er stor interesse for interkommunalt samarbeid om miljørettet helsevern etter at lovendring i kommunehelsetjenesteloven og smittevernloven åpnet for delegering av myndighet til interkommunale enheter. Per 31. desember 2004 var det utenom Oslo registrert 25 slike enheter i Norge. Disse omfatter 152 kommuner og over 1,6 millioner innbyggere. Det interkommunale samarbeidet omfattet miljørettet helsevern, smittevern og en rekke andre samfunnsmedisinske oppgaver.

Som oppfølging av WHOs 4. ministerkonferanse om miljø og helse i Budapest 2004 skal det utarbeides en nasjonal plan for barns miljø og helse i Norge. Siktemålet er å utarbeide et overordnet kortfattet dokument som skal være et redskap for å løfte fram og synliggjøre de helse- og miljøutfordringene som betyr mest for barn og unge i Norge. Dokumentet skal bidra til å realisere vedtatt politikk og samtidig legge premisser for videre utforming av politikk for å møte utfordringene på feltet. Dokumentet vil være todelt. En faktadel skal beskrive nåsituasjonen gjennom en kunnskapsoppsummering og avdekking av kunnskapshull. Dokumentet vil videre omfatte en strategisk handlingsdel med et tiårsperspektiv. Sju departementer samarbeider om utarbeidelsen av planen under ledelse av Helse- og omsorgsdepartementet. Sekretariatet ivaretas av Sosial- og helsedirektoratet.

Det vises videre til kapittel om sektorovergripende miljøvernpolitikk i del III.

Ernæring og mattrygghet

Folkehelsearbeidet omfatter både arbeid for å bedre kostholdet i befolkningen og arbeidet med trygg mat. Det faglige ansvaret på det matpolitiske området er delt mellom Fiskeri- og kystdepartementet, Landbruks- og matdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, herunder et delt faglig forvaltningsansvar for Mattilsynets virksomhet.

Kostholds- og ernæringsspørsmål er et særskilt ansvar for Helse- og omsorgsdepartementet. Sosial- og helsedirektoratet gjennomfører tiltak for å bedre kostholdet i ulike befolkningsgrupper. Arbeidet med å sikre tilstrekkelig dokumentasjonsgrunnlag for tiltak for å bedre kostholdet i befolkningen er sentralt. Nye nordiske næringsstoffanbefalinger med anbefalinger også for fysisk aktivitet ble godkjent av Nordisk Ministerråd høsten 2004. Norsk utgave av anbefalingene er publisert i 2005. Matvaredatabasen for næringsinnhold i matvarer legges ut på internett i løpet av 2005.

Arbeid for å styrke skolemåltidet har vært prioritert bl.a. gjennom videreføring av de to prosjektene Skolefrukt og Fysisk aktivitet og måltider i skolen. Skolefruktordningen er nærmere omtalt under kap. 719 post 74.

Andre innsatsområder har vært oppfølging av EU-direktiv om barnemat og tiltak i tilknytning til overvekt, herunder ferdigstilling av rapporten Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten, og påbegynt arbeid med utarbeidelse av retningslinjer for høyde- og vektmåling av barn.

Utkast til en handlingsplan for å fremme amming og småbarnsernæring ble ferdigstilt i begynnelsen av 2005 og vil bli behandlet videre i tilknytning til generelle strategier for ernæringsarbeidet. Som oppfølging av gjennomføringen av EU-direktiv for barnemat planlegges en landsrepresentativ kostholdsundersøkelse blant spedbarn. Plan-

leggingsarbeidet foregår i 2005 og undersøkelsen er planlagt gjennomført i 2006. Det legges også vekt på å bedre kunnskapen om kosthold og måltidssituasjonen i skole og barnehage, blant annet gjennom en nasjonal kartlegging av mattilbudet i barnehager som gjennomføres våren 2005. Kartleggingen vil danne grunnlag for utvikling av tiltak.

Informasjonsarbeid er en sentral del av ernæringsarbeidet, og det satses mye på målrettet informasjon til nøkkelgrupper som skoleansatte og helsepersonell. Sosial- og helsedirektoratet bidrar til arbeidet med Matportalen i samarbeid med Mattilsynet og andre institusjoner. Kontakt med matvarebransjen er en del av arbeidet, blant annet i forhold til arbeidet for å redusere forbruket av sukker. Det vises også til del III om Nasjonal plan for forebygging, forskning og behandling av diabetes.

Behov og muligheter for styrket innsats innen klinisk ernæring i helsetjenesten utredes i 2005. Bedre kunnskap om og styrket innsats rettet mot kostholdet i helseinstitusjoner, herunder ernæringssituasjonen blant eldre, vil være et aktuelt arbeidsområde i 2006.

Et aktuelt tema innen matområdet er genmodifisert mat. Det er en nasjonal målsetning at genmodifisert mat skal være trygg. Helsemyndighetene har derfor endret regelverket slik at det nå også er krav om godkjenning av aromastoffer og tilsetningsstoffer hvis disse er genmodifiserte. Det er også innført strengere merkekrav. Selv om regelverket er blitt styrket, er det fortsatt usikkerhet i befolkningen om helsemessige langtidsvirkninger ved bruk av genmodifisert mat. Institutt for genøkologi i Tromsø er et kompetansesenter på dette området, og har en tverrfaglig tilnærming til problematikken. Departementet mener det er viktig å stimulere til undersøkelser av virkningene ved bruk av genmodifisert mat, og foreslår at 2,8 mill. kroner i driftsstøtte til instituttet videreføres i 2006, jf. kap. 719 post 79.

For nærmere omtale av Mattilsynets virksomhet vises det til kap. 1115 under Landbruks- og matdepartementet. Ny lov om matproduksjon og mattrygghet mv. (matloven) trådte i kraft 1. januar 2004, samtidig som det nye Mattilsynet ble etablert. Helse- og omsorgsdepartementet har det faglige ansvaret for Mattilsynets virksomhet i forhold til alle regler etter primærproduksjonen som er fastsatt av hensyn til folkehelsen. I tillegg omfatter ansvaret en rekke regler som både skal ivareta folkehelse- og forbrukerhensyn, for eksempel generelle merkeregler for mat, regler om tilsetnings- og fremmedstoffer, genmodifisert materiale i mat og regler for produksjon av drikkevann langs hele produksjonskjeden. Departementet har også ansvar for Mattilsynets arbeid med kosmetikk. Oppfølging av ny lov om kosmetikk og kroppspleieprodukter vil bli prioritert i 2006.

Røykfrihet

Etter endringen i tobakksskadeloven § 6, som innebærer at røyking i serveringssteder ikke er tillatt, har Sosial- og helsedirektoratet i 2004 gjennomført en større massemediekampanje overfor publikum og gitt informasjon til bransjen og tilsynsmyndighetene. En evaluering viser at informasjonstiltakene bidro til en smidig overgang til røykfrie serveringssteder. Høsten 2004 stilte 79 pst. av befolkningen seg positive eller nøytrale til røykfrie serveringssteder, en økning fra 71 pst. i tilsvarende undersøkelse våren 2004.

Direktoratet utga de nasjonale retningslinjene Røykeavvenning i primærhelsetjenesten som skal bidra til å styrke allmennlegers arbeid med røykeavvenning. Retningslinjene omhandler tema om endringsfokusert veiledning.

Direktoratet arbeidet med å styrke det lokale tobakksforebyggende samarbeidet i 2004 gjennom tettere kontakt med fylkesmannsembetene. Tilbud om lokale røykesluttkurs faller inn under samarbeidsområdet.

Utover dette gjennomførte direktoratet ulike tiltak rettet mot bl.a. skole, ungdom, helsepersonell, gravide og småbarnsforeldre.

Salget av tobakk gikk ned med 11 pst. fra 2003 til 2004. Den største nedgangen ser man på rulletobakk, mens snussalget gikk opp en del. Hovedforklaringene ligger sannsynligvis i avgiftsøkningen på rulletobakk i 2004 og innføringen av røykfrie serveringssteder.

Nye undersøkelser viser at det er 26,0 pst. av befolkningen i alderen 16–74 år som sier at de røyker daglig i 2004. Det vil si ca 950 000 personer som røyker daglig i Norge. Blant kvinner er det 24,8 pst. som sier de røyker daglig. Blant menn er det 27,2 pst. I tillegg var det rundt 11 pst. som sa at de røykte av og til. I 2004 røykte rundt 24 pst. av unge i alderen 16–24 år daglig. I tillegg var det rundt 17 pst. som sa at de røykte av og til. Disse tallene har holdt seg nokså stabile fra 2003.

Satsingen innenfor tobakksområdet fortsetter med vekt på å forebygge røykestart, hjelp til røykeslutt og vern mot passiv røyking.

I det forebyggende arbeidet skal det rettes en særlig innsats mot å redusere ungdomsrøykingen. Skoleprogrammet VÆR røykFRI har vist svært god effekt og skal revideres i henhold til ny læreplan som trer i kraft høsten 2006. Forslag om å innføre en statlig tilsynsordning for overholdelse av aldersgrensen 18 år ved salg av tobakksvarer er under arbeid. Forskning i andre land viser at tilsyn

med aldersgrensebestemmelse for salg av tobakksvarer er et effektivt tiltak for å begrense ungdomsrøykingen.

Det skal gjennomføres en omfattende massemediekampanje 2005/2006 som retter fokus på sammenhengen mellom tobakksrøyk og ulike helseskader.

Hjelp til røykeslutt skal gis gjennom gratis veiledningstjeneste på Røyketelefonen. Det skal arbeides aktivt for å legge til rette for at helsepersonell snakker med pasienter om røykeslutt.

For å beskytte barn mot eksponering av tobakksrøyk i mors liv og under oppveksten skal det iverksettes tiltak overfor gravide og småbarnsforeldre.

Sosial- og helsedirektoratet arbeider for å øke kunnskapen om sammenhengen mellom bruk av snus og helse. Enkeltstudier viser økt risiko for helseskader som følge av snusbruk, men forskningen på området er begrenset og de resultatene som foreligger, er ikke entydige. På bakgrunn av en kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten vil tiltak bli vurdert.

Sosial- og helsedirektoratet har også under arbeid forslag til en strategiplan for det tobakksforebyggende arbeidet for en kommende femårsperiode.

Grønn resept

Ordningen med grønn resept har vært i bruk fra oktober 2003. Ordningen forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet og finansieres over kap. 720 post 01. Ordningen omfatter en stimuleringstakst for legen og faglig veiledningsverktøy til bruk i konsultasjon og oppfølging av pasienten. Taksten er avgrenset til bestemte diagnoser og utløses når grønn resept forskrives som alternativ til medisiner. Det faglige verktøyet og resepten kan brukes overfor alle pasienter som vurderes å ha nytte av livsstilsveiledning og hjelp til omlegging av helseatferd, selv om legen ikke utløser taksten.

Takstbruksundersøkelsen for perioden 1. juli 2004 til 1. juli 2005 utført av Rikstrygdeverket viser at taksten er utløst 28 400 ganger. Dette er en økning på om lag 2 000 ganger sammenliknet med innføringsåret. En delevaluering basert på legers erfaringer er viktig for videreutvikling av ordningen. Som ledd i videreutviklingen av ordningen skal det faglige veiledningsmateriellet revideres, og det skal legges vekt på å styrke kompetansen hos leger bl.a. gjennom videre- og etterutdanningstilbud. Arbeidet med å utvikle modeller for oppfølgingstiltak for pasienter på grønn resept videreføres og evalueres i del II som kommer i 2007.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal gi et helhetlig og samordnet tilbud til gravide og til barn og ungdom 0–20 år. Det skal satses på tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid. Tjenesten skal ha fokus på barn og unge i risikosonen for å kunne sette inn tiltak på et tidligst mulig tidspunkt. I Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2008 er det økt fokus på forebyggende psykososialt arbeid blant barn og unge. Innen utgangen av 2008 er helsestasjons- og skolehelsetjenesten planlagt styrket med 800 årsverk, jf. Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2008. Det vises til omtale under kap. 743 Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse post 62.

I St.meld. nr. 49 (2003–2004) Mangfold gjennom inkludering og deltakelse er Helse- og omsorgsdepartementet gitt i oppdrag å evaluere et språkkartleggingsprosjekt ved fireårskontrollen på noen helsestasjoner. Dette er et samarbeid med Kommunal- og regionaldepartementet. Målsettingen er best mulig oppfølging av barn med innvandrerbakgrunn i førskolealder for å sikre gode norskkunnskaper ved skolestart. Evalueringen gjennomføres høsten 2005. Deretter vil en prøveordning bli igangsatt i noen utvalgte kommuner med midler fra Kommunal- og regionaldepartementet.

Merknad til budsjettforslaget

Det foreslås å flytte 39,5 mill. kroner til drift og administrasjon av miljø og helsetiltakene, skolefruktordningen, arbeidet med tobakksskadeforebygging, fysisk aktivitet, ernæring og enkelte andre folkehelsetiltak fra kap. 720 post 01 til kap. 719 post 21.

Videre foreslås 12 mill. kroner flyttet fra kap. 719 post 21 til kap. 719 post 79. Dette er tilskudd til Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner, befolkningsundersøkelsen HUNT, Norsk institutt for genøkologi og Ammehjelpen.

Post 60 Kommunetilskudd, kan overføres

Lokalt folkehelsearbeid skal styrkes gjennom partnerskap for folkehelse som arbeidsform og videreføres ved tilskudd til forebyggende tiltak innenfor ernæring, fysisk aktivitet og røykfrihet. Det vises til omtale under kapittel 719 post 21, 73 og 74. I fylker som ikke har innført denne arbeidsformen, initieres oppgavene fortsatt av fylkesmannen.

St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge legger føringer for å styrke det lokale folkehelsearbeidet gjennom en organisering basert

på partnerskap for folkehelse. Hensikten er sterkere forankring i ordinære politiske og administrative prosesser, forpliktende samarbeid og territoriell samordning for å skape en utvikling tilpasset lokale forutsetninger og behov. Som regional utviklingsaktør med ansvar for bl.a. regional planlegging er fylkeskommunene utfordret til å være pådrivere for lokalt folkehelsearbeid og til å påta seg lederrollene i regionale partnerskap for folkehelse.

Det ble i 2004 tildelt statlige midler til seks fylker til styrking av folkehelsearbeidet gjennom en organisering basert på partnerskap. Disse seks «fyrtårnsfylkene» fikk i 2005 følge av ytterligere fire fylker. Ved tildeling av midler legges det bl.a. vekt på at folkehelsearbeidet er forankret i overordnede planer, at det er etablert formalisert samarbeid mellom relevante aktører på regionalt nivå og inngått samarbeid med et stort antall kommuner innen fylket. Midlene går i hovedsak til å styrke og støtte opp om et helhetlig folkehelsearbeid i kommunene. Det er etablert et betydelig antall lokale partnerskap for folkehelse i de ti fylkene som så langt omfattes av ordningen. Direktoratet har lagt til rette for erfaringsutveksling og fagutvikling gjennom halvårlige samlinger for aktører fra fylkene. I tillegg er det etablert en rekke dialogfora mellom offentlige myndigheter, fagmiljøer og frivillige organisasjoner. Det arbeides med et opplegg for evaluering av ordningen.

Fra 2005 fordeles også tilskuddsmidler fra Sosial- og helsedirektoratet til lokale forebyggende tiltak gjennom de regionale partnerskapene der slike er etablert, i øvrige fylker via fylkesmannen. Dette er en videreføring av det forebyggende arbeidet i Nasjonal kreftplan med satsing på kost, mosjon og røykfrihet. Det er lagt vekt på å støtte opp om lokale initiativ, utløse lokalt engasjement, etablere lokale ressursgrupper og innsats overfor grunn- og videregående skoler og arbeidslivet, samt gjennom Fysak-ordningen styrke vilkårene for fysisk aktivitet i lokalmiljøene.

Merknad til budsjettforslaget

Posten foreslås opprettet for å dekke utgifter som har vært ført opp under kap. 720 post 01. Det foreslås flyttet 13,5 mill. kroner til ordningen for partnerskap for folkehelse og 11,2 mill. kroner til forebyggende arbeid med kost, mosjon og røykfrihet fra kap 720 post 01 til kap 719 post 60.

Post 70 Hivforebygging, smittevern mv., kan overføres

Det foreslås bevilget 26,5 mill. kroner til formålet, hvorav 19,2 mill. kroner til oppfølging av Strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer, hivsamarbeidet med Kina og fylkesvise smittevernkonferanser. Styrkingen av posten i 2005 på 1 mill. kroner til Helseutvalget for homofile foreslås fra 2006 å inngå i oppfølgingen av strategiplanen til fortsatt arbeid med å forebygge hiv blant menn som har sex med menn. Det foreslås videre til sammen 7,3 mill. kroner til oppfølging av Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner 2004–2006, arbeidet med å forebygge antibiotikaresistens og til smittevern generelt.

Formålet med smittevern er å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge utbrudd og motvirke at de overføres videre i befolkningen. Samfunnet må opprettholde beredskap som følge av økt internasjonalisering.

Resultat

I 2004 ble det gitt økonomisk støtte og veiledning til en rekke frivillige organisasjoner og andre aktører som arbeider med forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer. Med bakgrunn i hivutbruddet blant menn som har sex med menn i 2003, ble det i 2004 gitt et tilskudd på 2,8 mill. kroner som en reell styrking av forebyggingsinnsatsen blant homofile menn og homofil ungdom. Tilskuddet resulterte i iverksetting av en rekke nye tiltak i regi av frivillige organisasjoner og offentlige myndigheter. 1 mill. kroner ble også i 2004 tildelt Pluss-LMA til en hivkampanje hvor det ble fokusert på informasjonsarbeid rettet mot innvandrere og asylsøkere. Pluss-LMA er sentral i oppfølgingen av samarbeidsavtalen med Kina på området hiv/aids.

Bevilgningen var i 2005 på 18,6 mil. kroner til oppfølgingen av Strategiplanen for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer, herunder 1 mill. kroner øremerket Helseutvalget for homofile. Det ble ellers satset på å styrke tiltak rettet mot asylsøkere og andre med innvandrerbakgrunn, bl.a. med tilskudd øremerket smittevernkonferanser. De frivillige organisasjonene har tatt initiativ til en rekke tiltak rettet spesielt mot innvandrere. Kvinner og barn er prioritert i dette arbeidet.

Som ledd i oppfølging av Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner ble det i 2004 etablert et bedre system for overvåking av sykehusinfeksjoner, og med virkning fra 1. juli 2005 fastsatt en forskrift som etablerer Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehustjenesten og en forskrift om smittevern i helsetjenesten.

Det ble i 2004 avholdt en evalueringskonferanse som ledd i avslutning av Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens. Konferansen munnet ut i en rapport med en rekke anbefalinger for å

videreføre arbeidet med å motvirke antibiotikaresistens. Det vises til omtale under kap. 701 Forskning og kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Den nasjonale Pandemikomiteen har med utgangspunkt i Pandemiplanen og utbrudd av fugleinfluensa i Asia gitt råd til departementet om beredskapslager for antivirale medisiner og en vaksinegaranti jf. omtale under kap. 702. Internasjonalt smittevernarbeid er omtalt under kap. 703.

Departementet satte i 2004 i gang arbeid med en blodforskrift for å gjennomføre EUs bloddirektiver i Norge. Blodforskriften ble fastsatt 4. februar 2005 og gir landets blodbanker frist til 8. november 2005 til å innfri forskriftens krav og få godkjenning av Sosial- og helsedirektoratet.

Stortinget bevilget i november 2004 12 mill. kroner til Prosjekt 46664 Tromsø, Tromsø kommune ved å forhøye kap. 719 post 70 for 2004 med 12 mill. kroner. Formålet med prosjektet var å gjennomføre et arrangement i Tromsø 2005 som skal øke bevisstheten om og samle inn penger til bekjempelse av hiv/aids gjennom 46664 Mandelakonserten 11. juni 2005 og en rekke andre innslag. Kommunenes sluttrapportering er under arbeid.

Status

Ved inngangen til 2005 var det diagnostisert 252 nye hivsmittede i Norge, 148 menn og 104 kvinner. Dette er det høyeste antallet diagnostisert noe år i Norge og skyldes en fortsatt økning i nysmitte blant menn som har sex med menn, flere norske heteroseksuelt smittede og et fortsatt høyt antall innvandrere som er smittet før ankomst til landet. Ved utgangen av 2004 er det diagnostisert 3046 hivpositive (2099 menn og 947 kvinner).

I 2004 ble 70 menn som har sex med menn diagnostisert med hiv. Flertallet av disse oppgir Oslo som smittested. Innvandrere utgjør en betydelig andel av disse, 21 av 70 nydiagnostiserte. I 2004 ble 43 personer (31 menn og 12 kvinner) påvist smittet heteroseksuelt mens bosatt i Norge, hvorav 12 var innvandrere smittet etter ankomst. Sistnevnte gruppe ser nå ut til å øke, og disse smittes i hovedsak internt i innvandrermiljøet eller på besøk i tidligere hjemland. Av de 121 tilfellene påvist smittet heteroseksuelt før ankomst til Norge, var det 84 kvinner og 37 menn. Antall hivtilfeller blant injiserende stoffmisbrukere holder seg stabilt, og det påvises lite nysmitte i gruppen, men injiserende stoffmisbrukere er svært utsatt for annen blodsmitte som hepatitt B og C gjennom sprøytedeling/urene sprøyter.

I 2004 ble det diagnostisert 17 558 tilfeller av genital klamydiainfeksjon. En må tilbake til 1989 for å finne et høyere antall diagnostiserte tilfeller. Veksten antas å være et resultat av mer sensitive tester og en reell økning i antall nye tilfeller. Infeksjonen er mest utbredt i aldersgruppen 15–24 år.

Bortsett fra gruppen menn som har sex med menn, er gonoré og syfilis fortsatt under god kontroll. Den økende forekomsten av gonoré blant menn som har sex med menn tyder på økende risikoatferd og gir grunn til bekymring, ikke minst med tanke på den alvorlige hivsituasjonen i gruppen. Forekomsten av syfilis var noe lavere i 2004 enn i 2003.

Mål 2006

I det hivforebyggende arbeidet vil det i 2006 særlig bli fokusert på asylsøkere, familiegjenforente og andre med innvandrerbakgrunn og menn som har sex med menn. Kvinner utgjør en økende andel av hivpositive med innvandrerbakgrunn, og tiltak som er tilpasset kvinners særskilte behov vurderes som viktig. Arbeid for å sikre hivpositives rettigheter og levekår som er grunnleggende både i rettighets- og forebyggingsperspektiv, vil bli videreført.

Helsetilsynets rapport fra tilsyn med kommunenes helsetjenester til asylsøkere, flyktinger og familiegjenforente for 2004 påpeker en rekke mangler med hensyn til helsetjenestetilbudet på smittevernområdet. Å styrke asylmottak og kommunehelsetjenesten på dette området, samt å arbeide for bedret smittevern i sykehjem, vil fortsatt prioriteres, bl.a. gjennom fylkesvise smittevernkonferanser og annen kompetanse- og informasjonsvirksomhet.

Arbeidet med å redusere forekomsten av seksuelt overførbare infeksjoner, særlig blant menn som har sex med menn og ungdom, der forekomsten av klamydia er høy, vil fortsette. Økt tilgjengelighet av gratis kondomer og god informasjon om forebygging, testing og behandlingsmuligheter tilpasset de ulike målgruppene, vil bli prioritert. Hivsamarbeidet med Kina videreføres.

Tiltak i Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner 2004–2006 og arbeidet med å forebygge antibiotikaresistens skal følges opp. Sentrale tiltak er å vurdere å etablere en nasjonal metode for systematisk overvåking av antibiotikabruk ved sykehus, bedret overvåking av resistente mikrober, vurdere å opprette et kompetansesenter for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten og påse at utdanningen av hygienesykepleiere blir formalisert.

Det vil i 2006 bli arbeidet videre med å styrke smittevernberedskapen både på statlig, regionalt og lokalt nivå. Blodområdet skal følges opp i tråd med EUs bloddirektiver og den nasjonale blodforskriften.

Merknad til budsjettforslaget

Posten foreslås styrket med 3 mill. kroner til arbeidet med å forebygge antibiotikaresistens og sykehusinfeksjoner. Posten foreslås redusert med 1,1 mill. kroner som overføres til kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt post 01 til drift av referanselaboratorium for tuberkulose. Dette er en permanent oppgave for instituttet og er pålagt i medhold av tuberkulosekontrollforskriften.

Post 71 Forebygging av uønskede svangerskap og abort, kan overføres

Det foreslås bevilget 23,079 mill. kroner til oppfølging av handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort, hjelpetelefonene og til kompetanse- og utviklingstiltak knyttet til abortforebyggende arbeid. Sosial- og helsedirektoratet har ansvar for å følge opp tiltakene i handlingsplanen og hjelpetelefonene gjennom forvaltning av tilskuddsmidler på kap. 719 post 71.

Innsatsområdene i handlingsplanen er fulgt opp bl.a. gjennom utvikling av undervisningspakke for barn i grunnskolealder og med veiledningsmateriell til foreldre og nøkkelpersonell. Landsdekkende og lokale informasjons- og rådgivningstiltak om kropp, seksualitet og prevensjon er gjennomført på aktuelle ungdomsarenaer. Hovedvekt er lagt på tiltak der målgruppene selv tar ansvar for egen læring gjennom ung til ung-formidling. Lokale tiltak for unge med ikke-vestlig bakgrunn er videreført i kommuner med stor innvandrerbefolkning og/eller asylmottak. Kompetanseheving og prosjekter i forhold til ungdom og unge voksne med funksjonshemninger er gjennomført over hele landet.

Informasjonshefter til elever og foreldre om samliv og seksualitet distribueres årlig på 10. klassetrinn og suppleres med temasider på skolenettet.no. I 2005 vil om lag 2100 helsesøstre og jordmødre ha gjennomført etterutdanning som gir rett til å rekvirere gratis p-piller til jenter i alder 16 til og med 19 år. Veiledningstilbud i samliv, seksualitet og prevensjon til unge voksne 20–25 år opprettholdes ved landets studiesteder. Arbeidet med å sikre gode rutiner for tilbud om informasjon og veiledning til gravide og par som vurderer svangerskapsavbrudd, fortsetter. Årlige landskonferanser for landets abortnemder dekkes også med midler fra handlingsplanen. Statens helsetilsyn utførte tilsyn med landets abortnemnder i 2004. Sosial- og helsedirektoratet har i 2005 fått i oppdrag å følge opp tilsynsrapporten, bl.a. å utrede harmonisering av nemndenes praksis og organisering.

Hjelpetelefonene drives av Senter for ungdom, samliv og seksualitet (SUSS), som også har utviklet rådgivningstjeneste på internett. SUSS-telefonen for ungdom er gratis og ivaretar anonymitet, når ut til en stor andel av ungdomsbefolkningen over hele landet og gir opplysning om bl.a.samliv, seksualitet og prevensjon. Telefon for seksuell helse er beregnet for unge voksne. Telefonen betjenes av leger med høy kompetanse. Samtalene er målrettet mot prevensjon, reproduksjon og seksuelt overførbare sykdommer.

I 2004/2005 ble midler til kompetanse og utviklingstiltak benyttet til prosjekt ved Nasjonalt folkehelseinstitutt om forbedring av omfang og kvalitet på abortstatistikken, herunder vurdering av å innføre elektroniske melderutiner. Videre utarbeidet SINTEF Helse en rapport om 25 år med selvbestemt abort i Norge. Abortraten har gått ned fra 18,1 til 15,3 per 1000 kvinner fra femårsperioden 1979–1984 til perioden 1999–2003. De fylkesvise forskjellene i abortrater er blitt mindre i løpet av de 25 årene. Forekomsten er fortsatt høyest i Oslo og Finnmark. Den totale konsepsjonsraten, dvs. summen av fødsels- og abortrate, har gått sterkt tilbake for norske tenåringsjenter i løpet av samme periode.

Det ble i 2004 utført 14 071 svangerskapsavbrudd. Dette er en abortrate på 13,6 per 1000 kvinner i alderen 15–49 år. Den nedadgående trenden i tenåringsaborter fortsatte også i 2004. Abortraten i aldergruppen 15–19 år var 15,7 i 2004 mot 16,4 i 2003. Dette er den laveste abortraten som er registrert i denne aldersgruppen de siste 25 år.

Mål 2006

Hovedmålene i handlingsplanen er at abortraten 15–49 år skal reduseres – dvs. en fortsatt nedgang i antall svangerskapsavbrudd per 1000 kvinner i fruktbar alder, og at alle skal ha et best mulig utgangspunkt for å kunne planlegge svangerskap og ha et trygt seksualliv. Hovedmålgruppene for arbeidet er ungdom og unge voksne generelt, ungdom og unge voksne med etnisk minoritetsbakgrunn, grupper med spesielle behov og kvinner og par som vurderer abort.

Sentrale tiltak som skal følges opp er:

- å skape gode forutsetninger for at barn og unge kan utvikle trygghet på egen kropp og seksualitet og evne til etisk reflekterte livsvalg
- å styrke lavterskeltilbud til grupper med etnisk minoritetsbakgrunn slik at de kan få god kunnskap og veiledning om samliv og seksualitet
- å bevisstgjøre unge voksne om sikker prevensjon og øke tilgjengeligheten til prevensjon og prevensjonsveiledning

- å styrke eierskap til kropp, seksualitet og bruk av prevensjon blant grupper med spesielle behov
- å bidra til faglig forbedring av helsetjenestens tilbud til gravide kvinner og par som vurderer svangerskapsavbrudd
- å sørge for at forskning og statistikk om forebygging av uønsket svangerskap og abort blir gode styringsverktøy i arbeidet.

Post 72 Stiftelsen Amathea

Det foreslås bevilget 15,5 mill. kroner til Amathea i 2006. Amathea er en privat stiftelse som tilbyr gratis rådgivning/veiledning til kvinner og par som er blitt ikke-planlagt gravide. Stiftelsen søker gjennom sitt tilbud å bidra til at kvinnen får et bredest mulig grunnlag for å foreta valg, og imøtekommer et behov hos særlig vanskeligstilte gravide kvinner/par. Amathea er et landsdekkende tilbud med 19 lokalkontorer og felles administrasjon i Oslo. Hovedinntekten til Amathea er offentlige midler. Stiftelsen hadde i 2004 et budsjett på 19,282 mill. kroner, hvorav andre inntekter enn offentlige utgjorde 5 pst. Hovedvekten av klientene var kvinner i alderen 20–24 år. I forhold til 2003 var det færre klienter som hadde arbeid som hovedinntekt og flere som mottok trygd/sosialhjelp. Det var også en økning i klienter som var under utdanning. Hovedtemaer som klientene var opptatt av, var forholdet til barnefar, økonomi og rettigheter, forhold til familie, spørsmål knyttet til abort og etikk.

Post 73 Fysisk aktivitet, kan overføres

Det foreslås bevilget 12,7 mill. kroner til tiltak for bedre folkehelse gjennom økt fysisk aktivitet i befolkningen. Det rettes særlig innsats mot barn og unge, mot fysisk inaktive og ulike grupper i befolkningen som krever spesiell tilrettelegging.

Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005–2009) Sammen for fysisk aktivitet ble lagt fram i desember 2004. Handlingsplanen er utarbeidet i et samarbeid mellom åtte departementer og omfatter 108 tiltak og virkemidler på disse departementenes ansvarsområder. Det er etablert en interdepartemental koordineringsgruppe for oppfølgingen av handlingsplanen. Sosial- og helsedirektoratet ivaretar sekretariatsfunksjonen.

Parallelt med utarbeidelsen av handlingsplanen ble det i 2004 innført en tilskuddsordning rettet mot frivillige organisasjoner for å stimulere til forebyggende helsearbeid gjennom økt fysisk aktivitet, jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003–2004). Søknadsmassen i 2004 viste at det er stor interesse blant lokale lag og foreninger til å legge til rette lokale aktivitetstilbud, og at det er et behov for stimuleringsmidler til forebyggende helsearbeid gjennom økt fysisk aktivitet. Tilskuddsordningen er i 2005 videreført som en integrert del av Handlingsplan for fysisk aktivitet. Midlene er kanalisert gjennom regionale partnerskap for folkehelse i de fylker der slike er etablert, og i de øvrige fylker gjennom fylkesmannen. Tilskudd i regi av frivillige organisasjoner til lokalbaserte aktivitetstilbud med lav terskel for deltakelse er prioritert.

Gjennom bl.a. Fysak-ordningen er det lagt vekt på å styrke lokal og regional innsats for å fremme fysisk aktivitet i lokalmiljøene, herunder tilretteleggingstiltak overfor grupper med spesielle behov. Det ble i 2004 gitt stimuleringsmidler til tiltak i fem fylker, slik at ordningen nå omfatter 10 fylker. Evaluering av ordningen i 2004 i Vest-Agder og Nordland viser positive resultater. Fom. 2005 er Fysak samordnet med satsingen på partnerskap for folkehelse og skal framover inngå som en helhetlig satsing på fysisk aktivitet i regionale og lokale partnerskap for folkehelse. Det vises til omtale under kap 719 post 60.

Prosjektet Fysisk aktivitet og måltider i skolen er fulgt opp i samarbeid med utdanningsmyndighetene. Det prøves ut og utvikles modeller for organisering av skoledagen, slik at det legges til rette for en time daglig fysisk aktivitet og gode rammer for måltider i skolen. Våren 2004 ble alle landets grunnskoler invitert til å delta. 3 mill. kroner fra Helse- og omsorgsdepartementet og 3 mill. kroner fra Utdannings- og forskningsdepartementet er fordelt for skoleåret 2004/2005. Tilsvarende beløp er fordelt for skoleåret 2005/2006. 350 skoler er med i utprøvingsprosjektet. Det er gjennomført nasjonale samlinger og regionvise nettverkssamlinger med sikte på erfaringsutveksling og –spredning, og det er etablert et nettsted for å formidle erfaringer fra prosjektet. Det er iverksatt evaluering. Prosjektet videreføres i 2006 i samarbeid med utdanningsmyndighetene. Det vises til kap 719 post 21.

Vekt- og sykdomsutviklingen de siste tiårene er et uttrykk for en livsstil og en samfunnsutvikling som innebærer for lite fysisk aktivitet. Nyere undersøkelser viser at tre av fire menn og en av to kvinner har overvekt eller fedme i 40–45-årsalderen. Utviklingen er bekymringsfull og skyldes bl.a. at både dagliglivet og arbeidslivet stiller mindre krav til fysisk aktivitet. Opplevelser, utfordringer, ferdigheter og mestringserfaringer man tidligere fikk som en del av hverdagen, er nå noe som aktivt må oppsøkes. Andelen fysisk inaktive er høyest i lavere sosioøkonomiske grupper. For å få bedre kunnskap om aktivitetsnivå og fysisk form i befolkningen er det iverksatt arbeid med å kartlegge fysisk aktivitet og fysisk form blant 9–15 åringer.

Norges idrettshøgskole har etter en anbudsrunde fått tildelt oppdraget, og resultater vil foreligge i desember 2006.

Som en oppfølging av Handlingsplan for fysisk aktivitet skal det legges til rette for tilbud om lavterskel aktiviteter i lokalsamfunn og nærmiljø for barn og unge som faller utenfor de ordinære idretts- og aktivitetstilbudene, og for ulike grupper som krever spesiell tilrettelegging. Tilskuddsordningen i handlingsplanen desentraliseres ved at midlene fordeles til og kanaliseres gjennom regionale partnerskap for folkehelse der slike er etablert, i øvrige fylker via fylkesmannen.

Videre skal det iverksettes en kommunikasjonsstrategi med bl.a. informasjons- og holdningsskapende tiltak rettet mot befolkningen for å påvirke den enkeltes helseatferd i retning av en mer aktiv livsstil.

For øvrig skal det legges vekt på å utvikle et system for overvåking av aktivitetsnivået i befolkningen, styrke kunnskapen om fysisk aktivitet og helse i relevante grunnutdanninger og i etter- og videreutdanningstilbud for helsepersonell, samt arbeide for at vilkår for fysisk aktivitet blir ivaretatt i areal- og samfunnsplanlegging.

Post 74 Skolefrukt, kan overføres

Det foreslås bevilget 25,5 mill. kroner til skolefruktordningen hvorav 4,35 mill. kroner er en styrking av ordningen. I tillegg foreslås 0,9 mill. kroner til spesielle driftsutgifter bevilget over kap. 719 post 21.

1. januar 2004 ble ansvaret for Skolefrukt overført fra Landbruksdepartementet til Helsedepartementet, med Sosial- og helsedirektoratet som ansvarlig etat. Ansvar for daglig drift er delegert til Opplysningskontoret for frukt og grønnsaker. Skolefrukt er en abonnementsordning for frukt og grønnsaker i skolen som er foreldrebetalt og koster 2,50 kroner per enhet frukt eller grønnsak per dag. Kostnadene ved å delta holdes nede gjennom prisnedskrivning på 1 krone per enhet per dag.

Undersøkelser viser at kun 30 pst. av elevene spiser frukt/grønnsaker i løpet av skoledagen. Norske barn og unge spiser minst frukt og grønnsaker i Europa og under halvparten så mye som anbefalt. Det er derfor stort behov for å styrke Skolefruktordningen og stimulere til økt deltakelse. Sikring av god kvalitet helt fram til elevene, informasjon og enkel administrasjon står sentralt. Arbeidet så langt med kvalitetssikring av ordningen har gitt positive resultater. Ordningen ble landsdekkende i 2004, og det er opp til hver enkelt skole å velge å delta. Høsten 2004 deltok 900 grunnskoler og 55 000 elever i ordningen. Våren 2005 har deltakelsen økt til 1150 skoler og 65 000 elever.

I 2005 er det gjennomført en rekke kommunikasjonstiltak med fokus på å øke frukt- og grønnsaksinntaket blant barn og unge, herunder deltakelse i Skolefrukt. Det er utviklet elev- og lærermateriell og delt ut en egen «seksårspakke» til alle førsteklassinger. Informasjon til og møter med foresatte har stått sentralt. Det har videre vært lagt vekt på kvalitetsforbedring i alle ledd og forenklet administrasjon for skolene. Det er utviklet en nettbasert bestillings- og betalingsordning for skole og foresatte. Deltakelsen i Skolefruktordningen vil som en følge av dette sannsynligvis øke betraktelig i skoleåret 2005–2006.

Målet er å øke skole- og elevdeltakelsen i Skolefruktordningen til over 100 000 abonnenter i 2006. Samtidig er det et mål å utrede og støtte opp om alternative ordninger for å sikre at alle elever får tilgang på frukt og grønnsaker i løpet av skoledagen. Det skal også arbeides med alternative praktiske løsninger innenfor dagens abonnementsordning.

Det vises også til øvrig ernæringsarbeid omtalt under kap. 719 post 21.

Merknad til budsjettforslaget

Posten foreslås opprettet for å dekke utgifter som tidligere har ligget under kap. 720 post 01. 21,2 mill. kroner er en videreføring og 4,35 mill. kroner er en styrking av ordningen.

Post 79 Andre tilskudd, kan overføres

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

Skader etter ulykker medfører årlig et betydelig antall døde og skadede og er en vesentlig helseutfordring. Hvert år forekommer det om lag 450 000–500 000 ulykkesskader som krever medisinsk behandling. Dette medfører lidelser hos enkeltmennesker og store kostnader for samfunnet. Systematisk forebyggende arbeid kan bidra til å redusere ulykkestallene og begrense skadekonsekvensene både for den enkelte og for samfunnet.

Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med berørte departementer og fagdirektorater utarbeidet en strategiplan for forebygging av skader og ulykker. Strategiplanen følger opp og bygger på erfaringer og kunnskap vunnet gjennom Handlingsplan for forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid (1997–2002) og konseptet Trygge lokalsamfunn. Sekretariatet for Trygge Lokalsamfunn har i 2004 disponert 2 mill. kroner, hvorav 1,3 mill. kr er fordelt som tilskudd til kommuner og fylker som har prioritert ulykkes- og skadeforebyggende arbeid.

Strategiplanen ble ferdigstilt våren 2005. Sentralt i planen er sektorovergripende samordning av informasjon og tiltak, utarbeide og ta i bruk nytt personskaderegister, støtte lokalt skadeforebyggende arbeid og stimulere til økt forskning, evaluering og utvikling. Det skal legges særlig vekt på innsats rettet mot barn, unge og eldre.

Sosial- og helsedirektoratet har ferdigstilt Handlingsprogram for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd. Samtidig har direktoratet nedsatt en ekstern ekspertgruppe med mandat til å arbeide fram faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd på grunnlag av en kunnskapsoppsummering. Handlingsprogram og faglige retningslinjer er publisert og distribuert.

Sosial- og helsedirektoratet skal i 2005 sluttføre arbeidet med ny strategi for forebygging av astma, allergi og inneklimasykdommer. Reduksjon av svevestøv, renovering av hus med fuktskader, bedret inneklima i barnehager og skoler er hovedsatsingsområder for planen. Bidrag til pollenvarsling er gjennomført for å bedre situasjonen for allergikere.

Sosial og helsedirektoratet vil i 2006 bidra i gjennomføring av tiltakene i strategiplan for forebygging av skader og ulykker, handlingsprogram for forebygging og behandling av osteoporose og strategiplan for astma, allergi og inneklimasykdommer.

Merknad til budsjettforslaget

Posten foreslås opprettet for å dekke tilskudd som tidligere har vært ført under driftsposter. Det foreslås flyttet 3,0 mill. kroner til strategiplanen mot astma, allergi og inneklimasykdommer, og til strategiplan for ulykkesforebygging, inklusiv forebygging av osteoporotiske brudd fra kap. 720 post 01.

Videre foreslås 12 mill. kroner flyttet fra kap. 719 post 21. Dette er tilskudd til Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner, befolkningsundersøkelsen HUNT, Norsk institutt for genøkologi og Ammehjelpen.

Programkategori 10.20 Helsetjeneste

Programkategori 10.20 omfatter bevilgningene til Sosial- og helsedirektoratet, Statens helsetilsyn, Norsk Pasientskadeerstatning, Pasientskadenemnda og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. I tillegg har man her samlet omtalen av habilitering og rehabilitering, tiltak for rusmiddelmisbrukere, tannhelsetjeneste, forsøks- og utviklingstiltak, samt annen helsetjeneste.

Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006	Pst. endr. 05/06
0720	Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 3720)	489 188	458 948	369 966	-19,4
0721	Statens helsetilsyn (jf. kap. 3721)	68 287	63 360	65 434	3,3
0722	Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 3722)	399 575	466 558	77 364	-83,4
0723	Pasientskadenemnda (jf. kap. 3723)	15 692	16 916	19 439	14,9
0724	Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak (jf. kap. 3724)	234 476	276 372	242 522	-12,2
0725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap 3725)	51 182	35 086	38 002	8,3
0726	Habilitering og rehabilitering og tiltak for rusmisbrukere	68 533	89 113	47 040	-47,2
0727	Tannhelsetjenesten	14 668	16 538	52 608	218,1
0728	Forsøk og utvikling mv.	138 083	115 837	86 683	-25,2
0729	Annen helsetjeneste	162 081	168 177	206 679	22,9
	Sum kategori 10.20	1 641 765	1 706 905	1 205 737	-29,4

Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006	Pst. endr. 05/06
01–23	Statens egne driftsutgifter	915 115	873 291	727 282	-16,7
30–49	Nybygg, anlegg m.v.	520			
50–59	Overføringer til andre statsregnskap	320 575	394 023		-100,0
60–69	Overføringer til kommuneforvaltningen	291 429	325 058	231 657	-28,7
70–89	Andre overføringer	114 126	114 533	246 798	115,5
	Sum kategori 10.20	1 641 765	1 706 905	1 205 737	-29,4

Kap. 0720 Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 3720)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
01	Driftsutgifter	439 220	404 055	291 390
21	Spesielle driftsutgifter	49 968	54 893	43 116
22	Elektroniske resepter, *kan overføres*			35 460
	Sum kap 0720	489 188	458 948	369 966

Som følge av innføringen av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen, jf. omtale i Gul bok 2006, er bevilgningsforslaget redusert med :
Post 01: 12 903 000 kroner
Post 21: 6 607 000 kroner
Post 22: 5 820 000 kroner

Overført fra 2004 til 2005:
Post 21: 570 000 kroner

Ansvar og organisering

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

a) Fagdirektoratsrollen innebærer ansvar for å følge med i helsemessige og sosiale forhold, samt i helse- og sosialtjenestens utvikling. På dette grunnlaget skal direktoratet gi råd og veiledning om strategier og tiltak overfor sentrale myndigheter, kommunene, fylkeskommunene, helseforetakene, frivillige organisasjoner og befolkningen. Direktoratet skal sammenstille kunnskap og erfaringer i faglige spørsmål og opptre nasjonalt normerende på tjenestens arbeid på utvalgte områder. Kunnskapsoppsummeringer fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ligger ofte til grunn for direktoratets normerende virksomhet.
b) Rollen som forvalter av sosial- og helselovgivningen innebærer at direktoratet er tillagt myndighet i lov/forskrift og etter delegering.
c) Iverksetterrollen innebærer at direktoratet har ansvar for å sikre at vedtatt sosial- og helsepolitikk blir gjennomført på de områder og etter de føringer som Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet gir.

Sosial- og helsedirektoratet ivaretar sekretariatet for Nasjonalt råd for prioriteringer i helsetjenesten, Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling, Nasjonalt råd for fødselsomsorg, Nasjonalt råd for tobakksforebygging, Nasjonalt råd for ernæring, Nasjonalt råd for fysisk aktivitet, Statens råd for funksjonshemmede og Statens seniorråd.

Virksomheter underlagt Sosial- og helsedirektoratet er Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten omtalt under kap. 725 og Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) omtalt under kap. 724.

Pasientombudene

Ansvaret for pasientombudene ble overført fra fylkeskommunene til staten fra 1. januar 2003. Pasientombudene er formelt sett en del av Sosial- og helsedirektoratet, men utøver sitt faglige virke på uavhengig grunnlag. For 2006 foreslås det at bevilgningen til Pasientombudene skilles ut på egen budsjettpost. Sosial- og helsedirektoratet skal fortsatt ha etatsstyringsansvaret for pasientombudene. Se nærmere omtale under kap. 729 post 01.

FRISAM

Kultur- og kirkedepartementet har fra l. januar 2005 samordningsansvaret for statens politikk overfor frivillige organisasjoner. I den forbindelse ble direktoratets virksomhet knyttet til frivillighetssentraler og enkelte andre oppgaver som Frivillighetens samarbeidsorgan (FRISAM) har ivaretatt overført til Kultur- og kirkedepartementet. Endringen medførte at 5 stillinger ble overført fra direktoratet til departementet.

Sosialtjenesteforskning

1. mars 2005 ble direktoratets arbeid knyttet til sosialtjenesteforskning overført til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Den organisatoriske endringen medførte at 4 stillinger ble overført fra direktoratet til Kunnskapssenteret.

Sosial- og helsedirektoratet har 435 årsverk per mars 2005 (inkludert 39 årsverk ved pasientombudene, og etter organisatoriske endringer knyttet til sosialtjenesteforskning og Frisam).

Formål

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

Direktoratets arbeid er rettet inn mot fem virksomhetsområder: spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten, sosialtjenesten, folkehelse og levekår. Flere satsinger på sosial- og helseområdet er overlappende i forhold til disse virksomhetsområdene. Direktoratet har derfor særskilt fokus på samhandling, både mellom ulike fagprofesjoner og på tvers av tjenestenivå.

Resultatrapportering og tilstandsvurdering

Tiltak direktoratet har ansvar for er dels finansiert over direktoratets eget budsjettkapittel og dels over andre kapitler. Betydelige deler av direktoratets aktiviteter er derfor omtalt under andre kapitler i Helse- og omsorgsdepartementets og Arbeids- og sosialdepartementets budsjettproposisjoner. Nedenfor følger en kort omtale av arbeidsområder som har hatt særlig prioritet i 2004 og 2005:

Opptrappingsplanen for psykisk helse

Sosial- og helsedirektoratet har en sentral funksjon for å sikre iverksetting av Opptrappingsplanen for psykisk helse og følge opp helheten i gjennomføringen. Opptrappingsplanen er svært omfattende og direktoratet har oppgaver knyttet til en rekke aktiviteter rettet mot tjenestene direkte og gjennom Fylkesmannen. Det er fremdeles store utfordringer på områder som rapportering, kvalitet, brukermedvirkning og samhandling. Direktoratet har nå et særlig fokus på å bedre disse områdene gjennom målrettet arbeid mot spesialisthelsetjenesten og det kommunale tiltaksapparatet.

Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten – NAV

Stortinget har sluttet seg til Regjeringens forslag i St.prp. nr. 46 (2004–2005) om en ny arbeids- og velferdsforvaltning. Sosial- og helsedirektoratets oppfølging av sosialtjenestens rolle i NAV skjer ved å:

- Følge med på utviklingen av sosialtjenesten og dens brukeres plass i NAV
- Bistå med faglige råd og veiledning til berørte departementer og den kommunale sosial- og helsetjenesten
- Oppsummere erfaringene fra Samordningsforsøket i samarbeid med Aetat, Arbeidsdirektoratet og Rikstrygdeverket
- Videreformidle kunnskap og erfaringer av betydning for reformen
- Bidra til regelverksutvikling/endring i lovverket som gjelder NAV-reformen
- Bidra til at kommunenes øvrige helse- og sosialtjenester blir sett i sammenheng med NAV
- Tilrettelegge for kompetanse- og kvalitetsutvikling i førstelinjen i samarbeid med NAVinterim, herunder videreutvikle kartleggingsverktøy og iverksette Universitetssosialkontor

Ny nasjonal kvalitetsstrategi for sosial- og helsetjenesten

Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med fagmiljøene utviklet en Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005–2015). Den nye strategien fokuserer på innholdet i tjenestene, så vel som på system og brukere, og den retter seg primært mot ledere, utøvere og klinikere i praksis. I tillegg vil strategien kunne ha betydning for innholdet i de sosial- og helsefaglige utdanningene.

Tiltak som fremmer riktig prioritering i helsetjenesten og utjevner regionale forskjeller i praktisering av pasientrettigheter

Direktoratet har en nasjonal faglig og koordinerende rolle på prioriteringsområdet. Arbeidet med å sikre rett prioritering i spesialisthelsetjenesten ble påbegynt som et samarbeidsprosjekt mellom Helse Øst, direktoratet og Legeforeningen. Prosjektet har hatt fokus på fastsetting av individuell frist for behandling for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Et toårig prosjekt mellom direktoratet og de regionale helseforetakene for å bidra til mer ensartet praktisering av prioriteringsforskriften vil bli sluttført i 2006. Direktoratet utreder hvordan prioriteringsprinsippene kan anvendes i kommunehelsetjenesten.

Kvalitets- og kompetanseutvikling innen pleie- og omsorgssektoren, herunder KS-avtalen og videreutvikling av systemet for kvalitetsindikatorer

Flink med folk, den 4-årige satsingen om ledelse og kvalitetsutvikling innenfor den kommunale helse- og sosialtjenesten, har mer enn oppfylt målet om deltakelse fra halvparten av kommunene. 250 kommuner har så langt deltatt og om lag 70

pst. av tiltakene omfatter pleie- og omsorgstjenesten. Arbeidet med evaluering av satsingen ble igangsatt våren 2004. De første kvalitetsindikatorer for pleie- og omsorgstjenesten publiseres i 2005 med tall fra KOSTRA. Direktoratet samarbeider med KS om å etablere nye indikatorer. IPLOS er forventet å gi nye muligheter til kvalitetsindikatorer med betydning for utvikling av tjenestetilbudet.

For å kunne gi individuelt tilpassede pleie- og omsorgtjenester til personer med demens er det nødvendig å heve og sikre kvaliteten i utrednings- og diagnostiseringsarbeidet. Det er utarbeidet et utredningsverktøy som blir sendt til fastleger og til helse- og sosialtjenesten i kommunene i 2005. Det er gjennomført en nasjonal kartlegging av tjenestetilbudet for personer med demens i kommunene.

Gjennomføring av planen for rekruttering av personell til helse- og sosialsektoren

De største utfordringene i pleie- og omsorgssektoren er knyttet til manglende tilgang og stabilitet blant hjelpepleiere og omsorgsarbeidere i kommunehelsetjenesten, samt en stor andel deltidsansatte. I 2005 er tiltak som kan bidra til stabilitet blant de tilsatte prioritert, blant annet arbeidsmiljøtiltak og tilskudd til undervisningssykehjem. Sentralt er også tilskudd til opplæring av ufaglærte. De store byene gis en viss prioritet i planens siste år, på grunn av særskilt stor andel ufaglærte i de fleste av storbyområdene.

Folkehelsearbeid

Sosial- og helsedirektoratet forvalter betydelige aktivitetsmidler på folkehelseområdet knyttet til lokale og regionale partnerskap for folkehelse, kost, mosjon og røykfrihet, ordningen med grønn resept, forebygging av skader og ulykker, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, miljørettet helsevern, strategiplan astma, allergi og inneklimasykdommer og smittevern. For 2006 foreslås det at hovedtyngden av aktivitetsmidlene overføres til programkategori 10.10 Folkehelse. Sosial- og helsedirektoratets resultatrapport er innarbeidet under kap. 719 Folkehelse. Midler til oppfølging av grønn resept ligger under kap. 720 post 01.

Sosial- og helsedirektoratet startet i 2004 arbeidet med å bygge opp et kompetansemiljø for bruk av helsekonsekvensutredninger som planleggingsverktøy. 1.april 2005 ble forskrift om konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven endret. Sosial- og helsedirektoratet arbeider med å utvikle og gi veiledning i helseforhold i tilknytning til denne forskriften. I 2006 skal veiledningen til forskrift om konsekvensutredning implementeres.

Sosial- og helsedirektoratet har etablert et kompetansemiljø på sosiale ulikheter i helse og utarbeidet en handlingsplan på området. Sosial- og helsedirektoratet har også utnevnt en ekspertgruppe som skal gi myndighetene råd om utbredelsen av, årsakene til og mulige tiltak mot sosiale ulikheter i helse. Sosial- og helsedirektoratets videre arbeid på feltet vil fokusere dels på å styrke kunnskapen på saksområdet og dels på å utvikle tiltak som kan virke utjevnende.

Handlingsplan mot rusmiddelproblemer og gjennomføring av rusreformen

Sosial- og helsedirektoratet følger opp Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005. Handlingsplanen omfatter forebygging, behandling, omsorg og skadereduksjon. I 2004 ble det igangsatt et forsøksprosjekt for å oppnå en mer målrettet og bedre samordnet forebyggende innsats på kommunenivå. Hensikten er å styrke det lokale og regionale arbeidet med forebyggende tiltak, styrke lokal kunnskapsproduksjon- og formidling, og styrke det lokale politiske/strategiske arbeidet på forebyggingsområdet. Arbeidet pågår i ni kommuner. Høsten 2004 gjennomførte Sosial- og helsedirektoratet en holdningskampanje for å styrke bevisstheten om skadevirkningene av alkohol, og for å øke kunnskapene om effektive virkemidler. Informasjonsarbeidet videreføres i 2006. Sosial- og helsedirektoratets ansvar for forvaltningen av alkoholloven omfatter blant annet informasjonsarbeid knyttet til revisjon av alkoholloven som trådte i kraft 1. juli 2005 og ansvar for tilsyn med at alkoholreklameforbudet overholdes.

Det vises for øvrig til nærmere omtale av arbeidet under kap. 726 og kap. 621 i St.prp. nr. 1 (2005–2006) for Arbeids- og sosialdepartementet.

Rusreformen trådte i kraft 1. januar 2004. Direktoratet har igangsatt en evaluering av rusreformen som skal være ferdig i løpet av 2006. Direktoratet har bidratt i arbeidet med å sikre god tilgjengelighet og kvalitet i det samlede behandlings- og rehabiliteringstilbudet til rusmiddelmisbrukere, og har bl.a. fått utarbeidet en rapport med forslag til en kvalitetsstrategi, herunder kvalitetsindikatorer for rusfeltet.

Tiltak for personer med nedsatt funksjonsevne

Sosial- og helsedirektoratet har et samordningsansvar for en rekke satsningsområder i forhold til personer med nedsatt funksjonsevne. Her kan nevnes spesielt satsinger i familier med barn med ned-

satt funksjonsevne og personer med utviklingshemning, jf. kap. 761 og kap. 621 post 21 i St.prp. nr. 1 (2005–2006) for Arbeids- og sosialdepartementet.

Rehabilitering og habilitering

Som et resultat av en intern organisasjonsutviklingsprosess etablerte direktoratet sommeren 2004 et prosjekt for å styrke direktoratets samlede arbeid med rehabilitering og habilitering. Prosjektet bidrar til å synliggjøre feltet både internt og eksternt og har fra 2005 ansvar for å utarbeide et utkast til en Nasjonal plan for rehabilitering til Helse- og omsorgsdepartementet. Dette arbeidet skjer i tett samarbeid med eksterne ressursgrupper av brukere, forskere og tjenesteutøvere.

Pasientklassifisering for aktivitetsbasert finansiering innen rus, psykisk helse og rehabilitering

Som grunnlag for statistikk og aktivitetsbasert finansiering har Sosial- og helsedirektoratet satt i gang et omfattende arbeid med å videreutvikle egnede kodeverk og klassifikasjoner innenfor områdene rus, psykisk helse og rehabilitering.

Tiltak mot fattigdom

Sosial- og helsedirektoratet har bidratt i arbeidet med å gjennomføre en rekke av tiltakene i St.meld. nr. 6 (2002–2003) Tiltaksplan mot fattigdom. Dette gjelder spesielt samarbeidet med Aetat om arbeidsmarkedssatsingen og samarbeid med Husbanken om tiltak for bostedsløse, herunder tiltak som kan bidra til at målene i strategien På vei til egen bolig nås. Direktoratet har også jobbet systematisk med å styrke samarbeidet med frivillige organisasjoner, og det er gitt prosjektstøtte til en rekke organisasjoner på fattigdomsfeltet. Batteriet, Servicekontor for frivillige organisasjoner, ble etablert i 2004. Sluttevalueringen for tiltaket vil foreligge i begynnelsen av 2006. Direktoratet har i 2005 fordelt tilskudd til aktivisering og arbeidstrening av personer med ingen eller marginal tilknytning til arbeidsmarkedet i regi av frivillige organisasjoner.

Beredskap og smittevern

Sosial- og helsedirektoratet skal medvirke til en helhetlig gjennomføring av helse- og sosialberedskapen, herunder holde oversikt over status og utfordringer på området og ved behov fremme forslag om tiltak for departementet. Direktoratet har et særskilt ansvar for å bidra til at helseforvaltningen opptrer samordnet overfor departementet og tjenestene.

Sosial- og helsedirektoratet skal gjennom råd, veiledning, opplysning og vedtak etter smittevernloven medvirke til at befolkningens behov for tjenester og tiltak blir dekket i forbindelse med smittsomme sykdommer. Direktoratet har hovedansvaret for oppfølging av strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer. Direktoratet utga i juni 2004 Veileder for transfusjonstjenesten i Norge, og i henhold til den nye blodforskriften forvalter direktoratet en godkjenningsordning for blodbanker. Direktoratet leder Helse- og omsorgsdepartementets rådgivende komité mot pandemisk influensa. Direktoratet bidrar i arbeidet med å gjennomføre nytt internasjonalt helsereglement, og arbeider med tiltak iht. Handlingsplanen for å forebygge sykehusinfeksjoner. Videre har direktoratet vært involvert i arbeidet med å forebygge legionella og har fastsatt en midlertidig forskrift om tiltak for å hindre overføring av legionella via aerosol. Se ellers kap. 719 post 70.

Sosial- og helsedirektoratet har gjennomført en vurdering av legemiddel- og materiellberedskapen. Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med Folkehelseinstituttet og Pandemikomiteen utarbeidet grunnlaget for regjeringens beslutning om å kjøpe inn anitvirale legemidler til befolkningen i tilfelle en pandemisk influensa.

Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med Statens legemiddelverk, Folkehelseinstituttet, Statens strålevern og Ullevål Universitetssykehus utarbeidet en plan for styrking av helsemyndighetenes beredskapstiltak ved ABC-hendelser.

Under flodbølgekatastrofen i Sør Asia i desember 2004 hadde Sosial- og helsedirektoratet ansvaret for å koordinere helse- og sosialtjenestenes innsats i Thailand, ved hjemtransport av skadede, ved mottak på flyplasser med internasjonal trafikk og i forhold til berørte i Norge.

Sosial- og helsedirektoratet forvalter helseberedskapsmateriell som også kan gis som bistand ved katastrofer i verden. Direktoratet sendte utstyr til Russland etter terroraksjonen i Beslan høsten 2004. I forbindelse med flodbølgekatastrofen ble det sendt beredskapsmateriell til thailandske myndigheter og til WHO tilsvarende 105 000 behandlingsdøgn.

Det vises til omtale under kapittel 702 Helse- og sosialberedskap.

Sjeldne funksjonshemninger

Det har vært en gjennomgang av det statlige kompetansesystemet for døvblinde og Nasjonalt kom-

petansenettverk for autisme med forslag til organisatorisk tilknytning til regionale helseforetak. Den sentrale koordinerende instans (SKI) i Døvblindesystemet ble flyttet fra Utdanningsdirektoratet til Sosial- og helsedirektoratet høsten 2004.

Servicetelefonen for sjeldne tilstander har mottatt henvendelser om 171 sjeldne diagnoser i 2004. Totalt har Servicetelefonen mottatt henvendelser om om lag 600 ulike diagnoser siden etableringen. I 2004 var det 66 nye diagnoser.

Det er omlag 300 sjeldne tilstander som har et kompetansesentertilbud i Norge. Det er behov for å bedre utnyttelsen av samlede ressurser til kompetansesentre for sjeldne tilstander.

Nasjonal KOLS-strategi

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å utvikle en nasjonal strategi om kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Sykdommen må anses for å være et vesentlig folkehelseproblem, og departementet legger til grunn at det trengs en mer koordinert og målrettet innsats for denne pasientgruppen. For å sikre dette er direktoratet blant annet bedt om å vurdere tiltak både innen forebygging, behandling og forskning.

Tiltak for organdonasjon

Det vises til omtale i St.prp. nr. 65 (2004–2005). Rikshospitalet har landsfunksjon for alle organtransplantasjoner (lever, nyre, bukspyttkjertel, hjerte og lunger). Sosial- og helsedirektoratet har anbefalt styrking på flere områder for å øke tilgangen på organer til transplantasjon. Det skal gjøres en nærmere vurdering av ulike virkemidler for å stimulere til økt organuttak ved sykehus som er godkjent for organdonasjon. Herunder vurderes tiltak for å styrke opplæring av helsepersonell ved landets 28 donorsykehus samt å øke satsingen på folkeopplysning mot allmennheten.

Det ble i 2005 opprettet en stilling som nasjonal koordinator for donorsykehus med arbeidssted Sosial- og helsedirektoratet. For 2006 foreslås det å overføre midlene fra kap. 728, post 21 til direktoratets bevilgning.

Biobanker

I følge lov av 21. februar 2003 nr. 12 om biobanker (biobankloven) § 4 kan forskningsbiobanker bare opprettes etter at de har blitt vurdert av en regional komité for medisinsk forskningsetikk og deretter av departementet. Dersom etiske hensyn eller tungtveiende samfunnsmessige hensyn tilsier det, kan departementet bestemme at biobanken ikke kan opprettes.

Sosial- og helsedirektoratet ble med virkning fra 1. oktober 2004 delegert departementets myndighet til å motta og vurdere meldinger etter biobankloven § 4.

Direktoratet samarbeider med Biobankregisteret ved Folkehelseinstituttet og Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin om å etablere elektronisk saksbehandling knyttet til behandling av meldinger om opprettelse av forskningsbiobank.

I løpet av siste kvartal 2004 og første kvartal 2005 ferdigbehandlet direktoratet i underkant av 180 meldinger om opprettelse av forskningsbiobanker. I tillegg til behandling av innkomne meldinger medfører ordningen en utstrakt veiledningsvirksomhet og kontakt opp mot forskningsmiljøene, legemiddelindustrien og de regionale komiteer for medisinsk forskningsetikk. For 2006 er det foreslått å overføre 0,3 mill. kroner fra kap. 728 post21 til Sosial- og helsedirektoratets driftsbevilgning.

Fritt sykehusvalg

Den nasjonale informasjonstjenesten for fritt sykehusvalg; Fritt Sykehusvalg Norge er videreført. Tjenesten består av et nettsted og et gratis telefonnummer, hvor brukerne får informasjon om pasientrettigheter, kvalitetsindikatorer og ventetider for ulike behandlinger ved både offentlige og private sykehus. Brukerstatistikken viser en klar økning i bruk av både nettsted og telefontjeneste. Tjenesten har vært organisert som et prosjekt. På bakgrunn av erfaringene i prosjektperioden går Prosjekt Fritt sykehusvalg Norge fra 1. oktober 2005 over til å bli en fast tjeneste, der hovedlinjene i innholdet av tjenesten videreføres. Organiseringen av tjenesten vil i sterkere grad forankres i Sosial- og helsedirektoratet, og samarbeidet med de regionale pasientrådgiverne som betjener telefontjenesten skal videreføres. Tjenesten skal evalueres i 2006.

Helsebiblioteket

God kvalitet i helsetjenestene fordrer at beslutningene er basert på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak. Nasjonalt Elektronisk Helsebibliotek er et prosjekt under den statlige tiltaksplanen for elektronisk samarbeid i helse- og sosialtjenesten, S@mspill 2007. Målsettingen med prosjektet er å etablere en nasjonal, elektronisk informasjonstjeneste med tilgang til faglig kunnskap for helsetjenesten. Utviklingen av nettstedet skjer gjennom et

samarbeid mellom Sosial- og helsedirektoratet, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og de fem regionale helseforetakene. I tillegg er Legemiddelverket, Den norske lægeforening, Norsk sykepleierforbund og Norges Apotekerforening med som rådgivende instanser i prosjektperioden. Det arbeides i 2005 med å utrede mulige fremtidige organisasjonsformer. Det tas sikte på å publisere Nettstedet Helsebiblioteket i 2006, med elektronisk tilgang til publisert forskning, tidsskrifter og kunnskap tilpasset den kliniske hverdagen.

Satsningsområder og resultatmål 2006

Det foreslås en styrking av driftsrammen med 5 mill. kroner til å etablere en ordning for systematisk faglig vurdering av nye behandlingsopplegg, i første omgang for kreftsykdommer. Arbeidet skjer i tett samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. En viktig målsetning er å utvikle felles nasjonale standarder for behandling, slik at pasientene sikres likeverdig behandling uavhengig av bosted. Dette er et ledd i det strategiske arbeidet på kreftområdet, jf. omtale i del III Omtale av særlige tema.

Sosial- og helsedirektoratet skal arbeide for å fremme riktig bruk og håndtering av legemidler i helsetjenesten. Direktoratet skal igangsette relevante tiltak som nevnt i St.meld. nr. 18 (2004–2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. Til dette arbeidet foreslås det bevilget 1,0 mill. kroner i 2006.

Videre foreslås en økning av driftsrammen med 1,3 mill. kroner til styrking av Sosial- og helsedirektoratets beredskapsapparat. Tiltaket er basert på erfaringene fra flodbølgekatastrofen i Sør-Asia. Det vises til nærmere omtale under kap. 702.

Det foreslås en reduksjon i Sosial- og helsedirektoratets driftsramme på 3 mill. kroner knyttet til etatens øvrige oppgaver. Det innebærer en viss nedjustering av etatens aktivitetsnivå innenfor rollene som fagdirektorat, forvalter av sosial- og helselovgivningen og iverksetter av vedtatt sosial- og helsepolitikk. Innholdet i iverksetterrollen skjer etter de føringer som Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet gir. Innholdet i sosial- og helsepolitikken for 2006 er omtalt under andre kapitler i Helse- og omsorgsdepartementets og Arbeids- og sosialdepartementets budsjettproposisjoner.

Sosial- og helsedirektoratet ivaretar viktige oppgaver knyttet til tiltaksplan mot fattigdom, handlingsplanen mot rusmiddelproblemer og politikken ovenfor personer med nedsatt funksjonsevne. Det vises til St.prp. nr.1 (2005–2006) for Arbeids- og sosialdepartementet.

Regjeringens handlingsplan mot pengespillproblemer

Stortinget vedtok etter forslag i Ot.prp. nr. 44 (2002–2003) at det årlig skal avsettes inntil 0,5 pst. fra Norsk Tippings spilleoverskudd til forskning, informasjon, forebygging og behandling i forhold til spilleavhengighet. Regjeringen har på den bakgrunn avsatt 12,0 mill. kroner av spilleoverskuddet til disse formål i 2005. Tilsvarende vil det i budsjettet for 2006 bli avsatt inntil 0,5 pst. av spilleoverskuddet. Det legges opp til at den forskning som blir iverksatt som følge av dette inngår i større forskningsprogram fra Norges Forskningsråd. Mer generelt informasjonsarbeid om pengespillproblemer vil bli ivaretatt av Lotteri- og stiftelsestilsynet, som vil ha en sentral rolle i gjennomføringen av regjeringens handlingsplan mot pengespillproblemer. Det er videre lagt opp til at de midler som fordeles til informasjonsarbeid og kompetansehevende tiltak om spilleavhengighet i sosial- og helsetjenestene forvaltes via Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet. Sosial- og helsedirektoratet har ansvaret for å gjennomføre disse tiltakene. Det vil bli gitt rapport om gjennomføringen av handlingsplanen i de årlige budsjettproposisjonene. Sosial- og helsedirektoratets arbeid vil bli finansiert gjennom inntekter over kap. 3720 post 03.

Merknader til budsjettforslaget for 2006

Ved etablering av Sosial- og helsedirektoratet i 2002 fulgte det med betydelige prosjekt- og aktivitetsmidler innenfor folkehelseområdet som ble innarbeidet i driftsbevilgningen til direktoratet. En rekke prosjekter i regi av Sosial- og helsedirektoratet er blitt finansiert over ulike 21-poster. Budsjettmidler til prosjektmedarbeidere som er blitt fast ansatt er foreslått omdisponert til Sosial- og helsedirektoratet. Videre foreslås det flytting og videreføring av midler knyttet til organisatoriske endringer. For å tydeliggjøre de midler som medgår til driften av etaten, foreslås det derfor en rekke omdisponeringer.

Det foreslås følgende budsjettmessige flyttinger fra Sosial- og helsedirektoratet:

- 28,0 mill. kroner til kapittel 729 post 01 til drift av Pasientombudene
- 1,7 mill. kroner til kap. 725 post 01 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i forbindelse med overføring av oppgaver innenfor sosialtjenesteforskning
- 88,4 mill. kroner knyttet til folkehelsearbeidet foreslås flyttet til kap. 719 Folkehelse
- 9,5 mill. kroner knyttet til prosjektene Rygg-

nettverk og Aktiv rygg foreslås flyttet til kap. 728 post 21
- 4,3 mill. kroner knyttet til tiltakene radiografutdanning, genetisk veiledning og Norges Standardiseringsforbund foreslås flyttet til kap. 728 post 70.

Det foreslås følgende budsjettmessige flyttinger til Sosial- og helsedirektoratet til videreføring av tiltak som i 2005 er finansiert over andre kapitler:
- 0,6 mill. kroner er flyttet fra Arbeids- og sosialdepartementet i forbindelse med opprettelsen av et register fra 1. juli 2005, med oversikt over innehavere av bevillinger etter alkoholloven og over dem som kan drive engrossalg
- 0,8 mill. kroner til arbeid med organdonasjon og biobank fra kap. 728 post 21
- 4,2 mill. kroner til drift av Fritt sykehusvalg. Beløpet er en rammeoverføring fra kap. 720 post 21.
- 0,5 mill. kroner i lønnsmidler til ett årsverk flyttet fra kap. 700 post 01 Helse- og omsorgsdepartementet til dekning av arbeidsoppgaver knyttet til Norges medlemskap i Verdens helseorganisasjon
- 3,9 mill. kroner forslås flyttet fra kap. 702 post 01 til å dekke driftskostnader til tidligere prosjektmedarbeidere som nå er fast ansatt i Sosial- og helsedirektoratet
- 1,6 mill. kroner foreslås flyttet fra kap. 720 post 21 til å dekke driftskostnader til tidligere prosjektmedarbeidere som nå er fast ansatt i Sosial- og helsedirektoratet
- 1,1 mill. kroner forslås flyttet fra kap. 724 post 21 til å dekke driftskostnader til tidligere prosjektmedarbeidere som nå er fast ansatt i Sosial- og helsedirektoratet
- 2,6 mill. kroner forslås flyttet fra kap. 728 post 21 til å dekke driftskostnader til tidligere prosjektmedarbeidere som nå er fast ansatt i Sosial- og helsedirektoratet
- 8,4 mill. kroner forslås flyttet fra kap. 743 post 21 til å dekke driftskostnader til tidligere prosjektmedarbeidere som nå er fast ansatt i Sosial- og helsedirektoratet. Hoveddel av beløpet er knyttet til tidligere medarbeidere i Sosial- og helsedepartementet og i Statens helsetilsyn som i 2002 ble flyttet til Sosial- og helsedirektoratet i forbindelse med reorganisering av den sentrale helseforvaltning, og som da ble finansiert over kap. 743 post 21.
- 1,8 mill. kroner forslås flyttet fra kap. 761 post 21 til å dekke driftskostnader til tidligere prosjektmedarbeidere som nå er fast ansatt i Sosial- og helsedirektoratet
- 0,8 mill. kroner forslås flyttet fra kap. 761 post 75 til å dekke driftskostnader til tidligere prosjektmedarbeidere som nå er fast ansatt i Sosial- og helsedirektoratet

Det foreslås følgende endinger i driftsbevilgningen
- Som følge av innføring av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen er driftsrammen til Sosial- og helsedirektoratet foreslått satt ned med 12,9 mill. kroner
- Det er innarbeidet 4,2 mill. kroner i lønnskompensasjon
- Det er innarbeidet 3,5 mill. kroner i prisjustering
- Driftsrammen foreslås satt ned med 5,7 mill. kroner som følge av avvikling av bevillingsordningen for engrossalg av alkoholholdig drikk per 1. juli 2005
- Bevilgningen foreslås satt opp med med 5,0 mill. kroner knyttet til prosjekt dyre legemidler til kreftbehandling, jf. omtale ovenfor
- Bevilgningen foreslås satt opp med med 1,0 mill. kroner knyttet til oppfølging av legemiddelmeldingen, jf omtale ovenfor
- Bevilgningen foreslås satt opp med med 1,3 mill. kroner knyttet til direktoratets beredskapsapparat, jf omtale ovenfor
- Det er innarbeidet er generelt rammekutt på 3,0 mill. kroner

Samlet sett foreslås det at bevilgningen over post 01 settes ned med totalt 112,6 mill. kroner i forhold til saldert budsjett 2005.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Hoveddelen av bevilgningen dekker elektronisk samhandling og utvikling av pasientklassifikasjonssystemer.

Elektronisk samhandling

Formål og hovedprioriteringer

Sosial- og helsedirektoratet har det overordnede ansvaret for å samordne og legge premisser for en hensiktsmessig IT-utvikling i sosial- og helsesektoren. Dette omfatter ansvar for gjennomføring av strategi og tiltak beskrevet i den nasjonale strategien for elektronisk samarbeid S@mspill 2007. Sentralt i dette arbeidet er optimal bruk av helsenettet, sørge for etablering og vedlikehold av nødvendig terminologi og standarder, bidra til god informasjonsflyt og at flere aktører deltar i det elektroniske samarbeidet.

Visjonen for S@mspill 2007 er helhetlige pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samarbeid. Strategien konsentreres gjennom to hovedsatsinger:

- Styrke informasjonsflyten i sektoren gjennom tiltaksområdene infrastruktur, informasjonsstruktur, informasjonssikkerhet, elektroniske pasientjournaler, meldingsutveksling og fagstøtte.
- Inkludere flere aktører, med fokus på pasienter og brukere, apotek og kommunal helse- og sosialtjeneste tettere i pasient- og brukerforløpet. Videre vil innsatsen for å bidra til at leger og legekontor deltar i den elektroniske samhandlingen over helsenettet videreføres.

Det skal legges økt innsats i måling og dokumentasjon av status, utvikling og gevinster i hele planperioden.

Resultatrapport 2004

En viktig konklusjon fra evaluering av den foregående strategiplanen Si @! var at planen hadde bidratt til økt fokus på elektronisk samhandling i sektoren og at etablering av det nasjonale helsenettet hadde vært et vesentlig bidrag til infrastrukturen. Nåværende strategiplan – S@mspill 2007 ble lagt frem i mars 2004 og gjelder for perioden 2004–2007. Strategien viderefører gode tiltak og resultater fra tidligere planer, og er laget i nært samarbeid med regionale helseforetak og sektoren forøvrig.

Av sentrale tiltak og resultater oppnådd i 2004 kan nevnes:

De 5 regionale helsenettene er knyttet sammen med sentral infrastruktur til et sammenhengende nasjonalt helsenett. Selskapet Norsk Helsenett AS ble stiftet 27. september 2004, med de 5 regionale helseforetakene som eiere. Selskapet har et nasjonalt ansvar for drift, vedlikehold og videreutvikling av basis kommunikasjonstjenester med høy kapasitet og tilgjengelighet, for sikker og effektiv samhandling i helsevesenet. Dette er det første store samarbeidstiltaket de regionale helseforetakene gjennomfører på IT-siden.

10,6 mill. kroner var avsatt i budsjettet for å sikre at legekontorene skulle koble seg til Norsk Helsenett. I samarbeid mellom direktoratet, Rikstrygdeverket og Den norske lægeforening ble partene enige om et tilbud til landets fastleger som innebar at de kunne få dekket alle investeringsutgiftene til oppkobling til helsenettet og en betydelig støtte til PKI-etablering. Responsen på tilbudet var god.

Det er etablert et kommuneprogram som bygger på avtalen mellom Regjeringen og KS om kvalitetsutvikling av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Prosjekter i seks fyrtårnskommuner skal, gjennom å synliggjøre muligheter og dokumentere gevinster, vise vei og virke stimulerende for andre kommuner. De valgte fyrtårnsprosjektene er Trondheim, Stavanger, Sandefjord, Kongsvinger/Eidskog, seks kommuner i Nord-Gudbrandsdal og Ses@m Tromsø.

Tilstandsvurdering

Fokus i det nasjonale arbeidet med elektronisk samarbeid har de siste årene særlig vært rettet mot helseforetak og allmennleger. Forutsetninger og løsninger for at de skal kunne samhandle elektronisk er på plass. Det er nå behov for å ta tak i utfordringer knyttet til oppkobling av flere aktører som privatpraktiserende spesialister og kommunale helse- og omsorgstjenester til Norsk Helsenett. Behovet for å utvikle en bedre samhandling mellom kommunal- og spesialisthelsetjeneste blir understreket i flere offentlige utredninger, blant annet gjennom NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt. Flere utredninger peker på elektroniske løsninger som et vesentlig bidrag til å møte utfordringene.

Mange kommuner har, eller er i ferd med å ta i bruk IT i pleie- og omsorgssektoren. Etter hvert som løsningene også skal brukes til elektronisk samarbeid med andre aktører, vil nye utfordringer bli identifisert. For å møte utfordringene, må det tas et nasjonalt koordineringsgrep. Koordinering innebærer å utarbeide standarder, bli enige om det faglige innholdet, sikre enhetlige og gode sikkerhetsløsninger, tilpasse fagsystemer og tilrettelegge organisasjon og rutiner for denne typen samarbeid. Men det må også iverksettes hensiktsmessige virkemidler for å forankre satsningen i kommunene og motivere til deltakelse.

Satsingsområde og resultatmål for 2006

Gjennomføringen av S@mspill 2007 skal skje skrittvis, fokusert og ved å ansvarliggjøre de som skal dra nytte av satsingene. Strategien skal følges opp av årlige planer hvor satsningsområdene konkretiseres med definerte tiltak ut fra prioriterte mål. I 2006 vil følgende områder være i fokus:

- Arbeidet med oppkobling av fastleger og kommuner til Norsk Helsenett må videreføres. Det er også en utfordring å få med privatpraktiserende spesialister og andre viktige samhandlingsparter i helse- og sosialtjenesten.
- Arbeidet med å utvikle en nasjonal strategi for elektroniske pasientsystemer med sikte på bedre og mer fleksibel informasjonsutveksling og informasjonsdeling videreføres.
- Alle helseforetak og Rikstrygdeverket skal ha tatt i bruk standard løsning for meldingsutveksling med PKI (virksomhetssertifikat) og tilrettelegge for elektronisk forsendelse og mottak av

meldinger, som epikrise, legeregning og henvisning over Norsk Helsenett.
- Løsninger for elektronisk samarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og helseforetak, samt gode referansemodeller for oppkobling av kommuner til Norsk helsenett skal være klar for bred spredning.
- Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren skal ligge til grunn for sektorens informasjonssikkerhetsarbeid.

Kodeverk og pasientklassifikasjonssystemer

Behovet for entydige og oppdaterte kodeverk er stadig økende. For å kunne utvide den aktivitetsbaserte finansieringen til alle områder innenfor spesialisthelsetjenesten, arbeides det med å utvikle klassifikasjonssystemer i likhet med DRG-systemet som brukes i Innsatsstyrt finansiering. Sosial- og helsedirektoratet er gitt et samlet ansvar for å lede og koordinere det pågående utviklingsarbeidet som trengs for dette formål. Utvikling av pasientklassifikasjonssystemer krever at det utvikles primærkodeverk og at aktivitets- og kostnadsinformasjon blir tilgjengelig. Etter dette kan det utvikles pasientklassifikasjonssystemer som senere kan benyttes som grunnlag for finansiering.

I 2004 ble det gjennomført en rekke utviklingstiltak. En ny versjon av kodeverket for primærhelsetjenesten er tatt i bruk. Det er startet opp et arbeid med å utvikle nye kodeverk for laboratorier som kan gi grunnlag for nye klassifikasjoner og betalingssystemer for prøver og analyser foretatt både ved private og offentlige medisinske laboratorier. Det er videre startet utprøving av nyutviklet kodeverk som gir komplett mulighet til å beskrive prosedyrer for poliklinisk behandling/dagbehandling og innleggelser. Dette arbeidet skal kunne gi et felles ISF-system for begge omsorgsnivå i fremtiden. Det er også startet et utviklingsarbeid for nye pasientklassifiseringssystemer med hensikt å utvide dagens ISF-ordning til nye pasientgrupper innen psykisk helsevern, rus og rehabilitering.

Utstyrsregistrering

Formålet med utstyrsregistrering er å sikre oversikt over hvem som er ansvarlig for medisinsk utstyr som tilbys på det norske markedet. En slik registrering er opprettet som en følge av § 7 i forskrift om medisinsk utstyr av 12. januar 1995. Et utstyrsregister har vært drevet av Leverandørforeningen for helsesektoren, på oppdrag og med tilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet. Sosial- og helsedirektoratet forvalter tilskuddet.

Sosial- og helsedirektoratet har i 2004 vurdert utstyrsregistreringen og driften av denne i Norge. Sosial- og helsedirektoratet har på bakgrunn av erfaringer og endrede behov besluttet å overta driften av det norske utstyrsregisteret fra og med 2006. Dette er i tråd med praksis i andre EU/EØS land.

Merknader til budsjettforslaget for 2006

Det foreslås følgende budsjettmessige overføringer fra kap. 720 post 21:
- 4,2 mill. kroner til drift av Fritt sykehusvalg overføres til kap. 720 post 01
- 0,8 mill. kroner i tilskudd til Dopingtelefonen foreslås flyttet til kap. 728 post 70

Det foreslås en nedsetting av bevilgningen med 3 mill. kroner for å finansiere andre prioriterte oppgaver. Reduksjonen er knyttet til arbeidet med standardisering av informasjonssystemer og informasjonsutveksling, samt utvikling, drift og distribusjon av kodeverk, klassifikasjon og termer. Som følge av innføringen av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen er bevilgningen foreslått redusert med 6,607 mill. kroner.

Post 22 Elektroniske resepter

Stortinget bevilget midler til oppstart av gjennomføringsprosjektet for elektroniske resepter i 2005 (jf. St.prp. nr. 1 (2004–2005), kap. 751 post 22).

En prosjektgruppe med deltakelse fra Rikstrygdeverket, Sosial- og helsedirektoratet, Statens legemiddelverk, Den norske lægeforening, Norges apotekerforening og Bandagistenes næringspolitiske utvalg utarbeidet i 2004 et forslag til implementering av elektroniske resepter. Resultater fra forprosjektet viser at eResepter vil bidra til en modernisering og effektivisering av legemiddelforvaltningen. Fordelene med eReseptløsning er blant annet:
- Effektiv og kvalitetssikker overføring av reseptinformasjon fra lege til apotek.
- Legen kan kvalitetssikre sin forskrivning ved å ta i bruk forskrivningsstøtte knyttet til bruk, virkning, pris og refusjonskriterier for legemidler.
- Rikstrygdeverkets arbeid med kontroll og tilsyn av legens forskrivning samt det økonomiske oppgjøret overfor apotekene og bandagistene av blå resepter blir bedre, mer effektiv og mindre ressurskrevende.
- Større grad av automatisering av trygdeetatens behandling av individuelle refusjonssøknader.
- Bedre tilbud for pasientene.

Departementet har nå revurdert omfanget av prosjektet og hvilken fremdrift som er realistisk. For å redusere risikoen i prosjektet har man valgt å dele prosjektet inn i to faser.

Fase I omfatter løsninger for:

- sentral eResept-database
- apotekene, bandasjistene og rekvirentenes interne løsninger
- det økonomiske oppgjøret mellom Trygdeetaten og apotekene og bandasjistene
- forskrivningsstøtte overfor rekvirentene
- pasientinnsyn

Departementet tar sikte på en fase II som vil bli implementert etter fase I. Fase II vil antagelig omfatte beslutningsstøtte (informasjonssystem som gir rekvirentene et bedre grunnlag for behandlingsvalg) og systemer for automatisering av manuelle saksbehandlingsprosesser i Rikstrygdeverket og Statens legemiddelverk. Departementet vil komme tilbake til dette i senere statsbudsjett.

Sosial- og helsedirektoratet har fått ansvaret for å styre fase I av prosjektet. Fase I startet opp i september 2005 og det er planlagt at løsningene skal tas i bruk vinteren 2007/2008. Løsningen er forsinket med vel 1 år i forhold til signalene som ble gitt i St.prp. nr. 1 (2004–2005). Forsinkelsen skyldes blant annet at direktoratet har måttet rekruttere nøkkelpersonell til prosjektet.

Foreløpig anslår departementet kostnadsrammen for fase I til 192 mill. kroner.

Departementet foreslår at det bevilges 35,5 mill. kroner til prosjektets fase I i 2006. I tillegg kommer en medfinansiering over Trygdeetatens budsjett på 8,0 mill. kroner i 2006.

Kostnadsrammen er et foreløpig anslag. I forbindelse med detaljeringen av prosjektplanene skal det lages et nytt anslag i løpet av høsten 2005. Dersom kostnadsrammen eller bevilgningsbehovet viser seg å bli vesentlig forskjellig fra det som er presentert her, vil departementet ta opp saken i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2006.

For å etablere en sentral eResept-database, vil det være nødvendig med en lovhjemmel. Departementet tar sikte på å legge fram en odelstingsproposisjon i løpet av vårsesjonen 2006.

Kap. 3720 Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap 720)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
02	Salgs- og leieinntekter	37 547	2 000	2 064
04	Gebyrinntekter	6 934	6 521	1 000
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	549		
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	3 945		
17	Refusjon lærlinger	111		
18	Refusjon sykepenger	5 957		
	Sum kap 3720	55 043	8 521	3 064

Post 03 Oppdragsinntekter

Over denne post vil Sosial- og helsedirektoratet motta inntekter til oppfølging av regjeringens handlingsplan mot pengespillproblemer.

Post 04 Gebyrinntekter – diverse inntekter

Inntektene er knyttet til registeret med oversikt over innehavere av bevillinger etter alkoholloven og over dem som kan drive med engrossalg.

Kap. 0721 Statens helsetilsyn (jf. kap. 3721)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
01	Driftsutgifter	67 767	63 360	65 434
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	520		
	Sum kap 0721	68 287	63 360	65 434

Som følge av innføringen av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen, jf. omtale i Gul bok 2006 er bevilgningsforslaget redusert med:
Post 01: 1 108 000 kroner

Overført fra 2004 til 2005:
Post 01: 171 000 kroner

Formål og hovedprioriteringer

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med sosialtjenesten og helsetjenesten i landet. Etter sosialtjenesteloven og lov om statlig tilsyn med helsetjenesten består tilsynsmyndighetene av Statens helsetilsyn (overordnet tilsynsmyndighet), fylkesmennene (sosialtjenesten) og Helsetilsynet i fylkene (helsetjenesten og helsepersonell).

Tilsynsmyndighetene skal ha oversikt over sosiale forhold, befolkningens helsetilstand og befolkningens behov for tjenester, følge med på hvordan tjenestene og personellet utøver sin virksomhet og gripe inn overfor virksomheter og helsepersonell som utøver virksomheten i strid med lovgivningen.

Tilsyn og rådgivning basert på erfaringer fra tilsyn skal medvirke til at:
- Befolkningens behov for tjenester ivaretas
- Tjenestene drives på en faglig forsvarlig måte
- Svikt i tjenestene forebygges

Ressursene i tjenestene brukes på en forsvarlig og effektiv måte.

Helsetilsynets prioritering av tilsynsområder bygger på systematiske risikovurderinger og de verdier og mål som er nedfelt i lover, forskrifter og nasjonal politikk. I risikovurderingene inngår kunnskap fra klage- og tilsynssaker (enkeltsaker), tilsyn med virksomhetene, områdeovervåkning, og fra andre kilder. Tilsynsressursene styres mot områder av stor betydning for enkeltmenneskers rettssikkerhet, områder der sannsynlighet for svikt er stor, der konsekvensene av svikt for klienter og pasienter er alvorlige, eller der klienter og pasienter ikke selv kan forventes å ivareta egne interesser.

Resultatrapportering 2004

Statens helsetilsyn

I 2004 behandlet Statens helsetilsyn 237 tilsynssaker som var oversendt fra Helsetilsynet i fylkene til vurdering. Dette representerer en økning på 30 pst. i forhold til 2003. Median saksbehandlingstid var likevel uendret, omlag 6 måneder. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var 8,2 måneder, noe som er en nedgang fra 9 måneder i 2003. Beholdning av saker ved årets utgang var 142. Det er en økning av alvorlige saker, og i 2004 har 60 helsepersonell fått tilbakekalt sin autorisasjon, de fleste på grunn av misbruk av rusmidler og atferd uforenlig med yrkesutøvelsen.

Helsetilsynet foretar fortløpende analyser av omfang og utfall av tilsynssaker i fylkene. I 2004 ble det viet særlig oppmerksomhet mot saksbehandling i saker som angår legers forskrivning av vanedannende legemidler.

Helsetilsynet har gjennomgått tilgjengelige kunnskapskilder om rusmiddelmisbrukeres helsetilstand og det helsetjenestetilbudet de mottar fra primær- og spesialisthelsetjenesten. Materialet er gjort tilgjengelig på Helsetilsynets nettside og vil bli brukt til planlegging av aktiviteter i 2005 og 2006.

Helsetilsynet foretok en kartlegging av arbeidsgivernes (kommunene og helseforetakene) rutiner for kontroll av helsepersonells kvalifikasjoner ved ansettelse i forbindelse med behandlingen av tilsynssaker mot helsepersonell.

Helsetilsynet ba vinteren 2004 de regionale helseforetakene redegjøre for deres status i forhold til smittevernplan og beredskap for influensapandemi. Varsel om pålegg ble gitt til ett regionalt helseforetak. Helsetilsynet fulgte i 2004 opp landets helseforetak når det gjaldt deres planer for helsemessig og sosial beredskap, og dette arbeidet fortsetter i 2005.

Helsetilsynet har utarbeidet en rapport om til-

synserfaringer fra 2003 og 2004 når det gjelder sosiale tjenester i pleie- og omsorgssektoren. I denne oppsummeres blant annet tilsynserfaringer knyttet til bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning og saksbehandling i kommunene.

Med utgangspunkt i tilsynserfaringer fra pleie- og omsorgstjenesten har Statens helsetilsyn oppsummert kommunenes arbeid med saksbehandling etter helse- og sosiallovgivningen.

Helsetilsynet ferdigstilte i 2004 en risiko- og sårbarhetsvurdering av allmennpraksis.

Statens helsetilsyn har i 2004 fått enkelte erfaringer fra tilsyn med konkurranseutsatte sykehjem og utfordringer knyttet til enkelte kommuners bruk av private firmaer til å gi totaltilbud av tjenester til personer med omfattende behov for helse- og sosialtjenester.

Helsetilsynet har gjennomført tilsyn med 5 klagenemnder og 17 primærnemnder. Det ble ikke avdekket avvik fra gjeldende regelverk verken i primærnemnder eller i klagenemndene, men det fremkom ulike skjønnsmessige vurderinger i de ulike nemnder.

Helsetilsynet har i 2004, med utgangspunkt i offentlig statistikk, utredet området tannhelsetjenester med et særlig fokus på om de prioriterte gruppene får de tannhelsetjenestene de har krav på. Oppmerksomhet er rettet mot omfang av offentlige tannhelsetjenester, bemanningssituasjonen, bruk av ressurser og geografiske variasjoner i tjenestetilbudet.

Helsetilsynet gjennomførte en spørreundersøkelse mot aktuelle sykehusavdelinger vedrørende lindrende sedering. Funnene viste videre at det var manglende bevissthet rundt kravene til pasientens samtykke ved behandlingen, og også at det var uklart om hvem som er ansvarlig for den behandling som gis, og hvilke krav som stilles til dokumentasjon i pasientens journal.

Statens helsetilsyn har foretatt en gjennomgang av koding ved i alt 6 sykehusavdelinger. Det ble avdekket en svært varierende kodepraksis, og til dels bruk av feil diagnoser. Diagnosesetting og feil i journalen er forhold som kan ha direkte betydning for pasienten. Det kan føre til feil behandling senere dersom det er registrert feil diagnoser i pasientens journal.

Tilsyn med sosialtjenester

Fylkesmennene behandlet i 2004 7200 saker etter sosialtjenesteloven. I alt 2238 av disse hadde en saksbehandlingstid som var lengre enn tre måneder.

Ved utgangen av året var alle fylkesmennene i stand til å behandle nye saker innen tre måneder. Ved utgangen av 2004 er 704 saker under behandling hos fylkesmennene, mot 1592 ved utgangen av 2003.

Fylkesmennene gjennomførte det første landsomfattende tilsynet med kommunale sosialtjenester i 2004. Temaet var sosialtjenester til rusmiddelmisbrukere.

I alt gjennomførte fylkesmennene 109 systemrevisjoner med kommunale sosiale tjenester. I 19 av disse ble det ikke funnet brudd på lov eller forskrift. Av de 109 systemrevisjonene inngår 58 i landsomfattende tilsyn med kommunenes tjenestetilbud til rusmisbrukere, og 51 av tilsynene er valgt ut fra informasjon Fylkesmannen hadde om risiko og sårbarhet.

Det ble gjennomført 148 stedlige tilsyn etter sosialtjenestelovens kapittel 4A. Dette er tilsyn med gjennomføring av tiltak som omfatter bruk av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede.

Det er gjennomført til sammen 25 tilsyn med rusinstitusjoner.

Fylkesmennene har ikke gitt pålegg med hjemmel i sosialtjenesteloven i 2004.

Helsetilsynet i fylket

Helsetilsynet i fylkene hadde en økning i tilsynssaker på 15 pst. fra 2003 og avsluttet i 2004 1675 tilsynssaker. Omtrent halvparten av fylkene behandler sakene innen de angitte 5 måneder. På grunn av økende saksmengde og en vanskelig bemanningssituasjon er det iverksatt et prosjekt der en enhet fra Statens helsetilsyn bistår enkelte fylker med avvikling av tilsynssakene. Beholdningen av saker under behandling ved årsskiftet var omlag 860 saker, som er omtrent det samme tallet som ved forrige årsskifte.

Helsetilsynet i fylkene behandler også klager i henhold til pasientrettighetsloven og kommunehelsetjenesteloven. I 2004 ble det behandlet 361 slike klager, en økning fra 199 i 2003. Det er gitt medhold i 1/3 av klagene. Median saksbehandlingstid var 2 måneder, men det er store variasjoner mellom fylkene.

Helsetilsynet i fylkene gjennomførte i 2004 landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner og kommunale helsetjenester som ytes til nyankomne flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente.

Det ble utført 99 tilsyn i kommunene som ikke inngikk i landsomfattende tilsyn, men som ble valgt ut fra den informasjon om risiko og sårbarhet m.m. som Helsetilsynet i fylket hadde, samt 16 tilsyn med spesialisthelsetjenesten. To tilsyn gjaldt private institusjoner. I 30 av de 202 tilsynene ble det ikke funnet brudd på lov eller forskrift.

Helsetilsynet i Rogaland utførte 23 tilsyn med petroleumsvirksomheten.

Helsetilsynet i fylkene gjennomførte i 2004 totalt 202 systemrevisjoner. Dette er en nedgang på 17 fra året før.

Helsetilsynet i fylkene har fulgt opp avvikene etter tilsynet med smittevernberedskapen i seks kommuner med internasjonal flyplass. Oppfølging etter kartleggingen i landets kommuner i 2003 av smittevernplaner og planer for helsemessig og sosial beredskap har pågått i 2004 og 2005 i samarbeid med Helsetilsynet i fylkene. Oppfølgingen av kommunene i forhold til planer for helsemessig og sosial beredskap og styrking av krisehåndteringsevnen fortsetter i 2005 i samarbeid med Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene.

Helsetilsynet i fylkene har utgitt medisinalmeldinger som ledd i formidling av erfaringer fra tilsynsvirksomheten.

Tilstandsvurdering

Landsomfattende tilsyn med sosiale tjenester til rusmiddelmisbrukere i 2004 viser at mange rusmiddelmisbrukere ikke tilbys tilfredsstillende tjenester etter sosialtjenesteloven. Kommunene har i liten grad innrettet tjenestene slik at de er tilpasset rusmiddelmisbrukere, og misbrukernes rettssikkerhet er ikke tilstrekkelig ivaretatt ved tildeling av tjenester.

Etter rusreformen er ansvaret for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk lagt til de regionale helseforetakene og rusmiddelmisbrukeres rettigheter i forhold til behandlingsapparatet er styrket. Erfaringer tyder på at det fortsatt er risiko for at rusmiddelmisbrukere venter lenger enn forsvarlig på tverrfaglig spesialisert behandling, at tjenestene ikke er tilstrekkelig koordinert eller at de på andre måter ikke får det behandlingstilbudet de skal ha etter loven.

Landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner viste at selv om Norge er et trygt land å føde i er det rom for forbedringer. Både når det gjelder seleksjon til rett nivå, overvåking og oppfølging under fødsel har tilsynet påpekt områder som kan forbedres. Det er ikke pålitelige nasjonale tall på forekomst av ulike tilstander og resultater ved fødselshjelp. Alle helseforetakene har ikke lagt til rette for nødvendig kommunikasjon og samarbeid mellom leger og jordmødre, og ansvarsforhold er ikke avklart alle steder. Også ledelse og styring kan forbedres.

Landsomfattende tilsyn med helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente viste at mange kommuner mangler den nødvendige oversikt over hvem som er nyankommet til landet, og overholder derfor ikke tuberkuloseforskriftens frister for å identifisere mulig smittede.

Personer med funn som kan tyde på tuberkulose følges godt og henvises raskt til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. En fjerdedel av kommunene hadde ikke sikret at alle nyankomne fikk informasjon om helsetjenesten. I en femtedel av kommunene ble det funnet svikt i tilbudet til nyankomne om forebyggende tiltak og undersøkelse med tanke på smittsom sykdom.

Tilsyn har videre vist at psykiske lidelser hos asylsøkere i varierende grad blir oppdaget og ivaretatt på en tilfredsstillende måte i kommunene. Konsekvensene av mangler i helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser kan være mer alvorlige for denne gruppen. Gravide og fødende får den nødvendige helsehjelp de har krav på.

Erfaringer fra tilsyns- og klagesaker viser utfordringer knyttet til pasienters rett til å få informasjon om sin sykdom og videre behandling/utsikter, og til informasjonsflyt innad i tjenesten som forutsetning for forsvarlige tjenester. For mange pasienter er det stort behov for kontinuitet og god informasjons- og pasientflyt i tjenesten. Risiko for svikt er størst der det er nødvendig med samhandling, for eksempel mellom avdelinger og enheter.

En samlet gjennomgang av tilsynserfaringer med tjenester til personer med psykiske lidelser viser at det er grunn til bekymring for om kommunene har tilstrekkelig tilpassede tjenester til noen grupper av befolkningen. Det gjelder barn og eldre med psykiske problemer, og mennesker med alvorlige psykiske lidelser og samtidig psykisk utviklingshemming eller rusmiddelmisbruk. Det er kapasitetsmessige og kompetansemessige utfordringer i DPS-ene, og organisatoriske utfordringer innen og mellom nivåene i helsetjenestene til mennesker med psykiske lidelser. Samlet sett synes tjenestetilbudet å være preget av manglende styring og ledelse, og av manglende konsensus om faglige anbefalinger.

Helsetilsynets Pleie- og omsorgskartlegging fra 2003 viser at personer med psykiske lidelser i kommunene kommer klart dårligere ut enn andre, med hensyn til å få tilstrekkelige tjenester. Brukerne har ofte langvarige og sammensatte behov for både kommunale helse- og sosialtjenester samt spesialisthelsetjenester, noe som fører til stort behov for samarbeid og samordning mellom tjenestene.

Tilsynserfaringer fra 2003 og 2004 med sosiale tjenester viser at det forekommer uhjemlet tvangsbruk overfor personer med psykisk utviklingshemning i kommunene. I omlag halvparten av de kommunene det er ført tilsyn med på dette området blir det påpekt avvik/merknader. Tilsynserfaringene

viser videre at kommunene fortsatt har arbeid å gjøre når det gjelder å bedre styring av tjenestene, og sikre kontinuerlig forbedring. Kommunene mangler ofte rutiner som sikrer brukernes rettigheter i saksbehandling ved tildeling, endring og iverksetting av tjenester.

Helsetilsynet følger situasjonen når det gjelder fattigdomsutvikling og langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp. Omfanget av klager på økonomisk sosialhjelp og kunnskap fra forskning og rapporter som beskriver fattigdomsutvikling og leveforhold til langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp, kan tyde på at dette er et område med risiko for svikt i tjenester til personer med omfattende hjelpebehov.

Risikoområdene som ble identifisert i vurdering av risiko- og sårbarhet i allmennlegepraksis var særlig knyttet til utredning og behandling, håndtering av øyeblikkelig hjelp-tilstander, oppfølging av «utsatte pasientgrupper» og tilgjengelighet. Legens evner til å reflektere over egen faglige og organisatoriske praksis vil være avgjørende for å unngå svikt innen disse områdene. Risikovurderingen brukes nå som grunnlag for metodeutvikling for tilsyn med allmennlegene.

Arbeidsgivere (kommuner og helseforetak) følger ikke alltid nødvendige prosedyrer for å sikre formell og reell kompetanse hos helsepersonell som tilsettes. I mindre enn 10 pst. av sakene hadde arbeidsgiver foretatt kontroll av både autorisasjon, gjennomført intervju og innhentet referanser. Manglende kvalifikasjoner hos helsepersonell vurderes som et økende problem i helsetjenesten. Økt migrasjon av helsepersonell fra land i og utenfor EU/EØS-området er en medvirkende årsak til dette.

Andelen personer under tilsyn av Den offentlige tannhelsetjenesten er svært forskjellig for de ulike gruppene på landsbasis, og det er store fylkesvise forskjeller. Helsetilsynet antar at faren for at fylkeskommunen ikke gir et forsvarlig tilbud til de prioriterte gruppene er størst i de fylkene hvor andelen under tilsyn ligger under landsgjennomsnittet.

Statens helsetilsyn har foretatt en kartlegging av helseforetakenes planer for helsemessig og sosial beredskap. En gjennomgående mangel synes å være mangel på beredskapsplaner og manglende tiltak for å møte svikt i forsyningen av legemidler og medisinsk materiell. Statens helsetilsyn vil vurdere behovet for et samarbeid mellom tilsynsmyndighetene og Sosial- og helsedirektoratet på dette området.

Infeksjonskontrollprogram mangler fortsatt i mange av landets sykehjem. Tuberkulosekontrollprogram inngår i de fleste smittevernplanene. Ved utgangen av 2004 manglet kun noen få, mindre kommuner smittevernplaner, mens mange kommuner fortsatt manglet planer for helsemessig og sosial beredskap. Ut fra de regionale helseforetakenes smittevernplaner synes det å være ganske ulikt hva de legger opp til å ha av isolatkapasitet med hensyn til antall isolater. Forsvarlig isolering har betydning i forhold til de daglige smittevernutfordringene i sykehus og har også aktualitet i forhold til beredskap på smittevernområdet. Smitteverntiltak rundt MRSA- og tuberkulosepasienter har økende aktualitet. Influensapandemi omtales i fagmiljøene og av WHO som en stadig mer aktuell trussel.

Tilsynserfaringer når det gjelder habilitering og rehabilitering viser utfordringer særlig knyttet til svikt i kommunene ved organisering og kvalitetssikring av tjenestene. Videre er det utfordringer knyttet til forskjeller mellom helseforetakene og mellom kommunene når det gjelder organisering, omfang og faglig innhold i tjenestene. Dette kan føre til at personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester ikke fanges opp, utredes og gis tilbud om adekvat oppfølging. Barn er særlig utsatte og sårbare, og konsekvenser av svikt kan gi langvarige og alvorlige konsekvenser i barns utviklingsforløp.

Tilsynserfaringer og publikasjoner gir indikasjoner på kvalitetssvikt i norsk helsetjeneste knyttet til legemiddelbehandling av mange pasienter, og at dette skyldes systemsvikt og brudd på forsvarlighetskravet. Problemene finnes både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Dokumentasjonen viser at eldre pasienter er en særlig risikogruppe, både fordi de ofte bruker svært mange legemidler, og fordi de er spesielt utsatt for bivirkninger/komplikasjoner. Mange av de eldre er også sårbare fordi de ofte ikke så lett makter å ta opp eller forklare sine problemer.

Helsetilsynet har registrert en økning i antall private aktører som yter sosial- og helsetjenester til ulike brukere. Kommuner har inngått avtaler med private utførere om drift av sykehjem og botilbud med tjenester til brukere fra flere kommuner. Boligene kan være lokalisert utenfor hjemkommunen og har ofte institusjonspreg. Tilsynsmyndighetene har funnet svikt i oppfølging fra bestillerkommunene, og avvik mellom kommunens vedtak om hvilke tjenester mottakeren har krav på og de tjenester som utføres av oppdragsgiver. Helsetilsynet ser det som nødvendig at tilsynsmyndighetene følger opp virksomhetene i forhold til manglende forsvarlighet i innhold og styring av tjenestene.

Virksomhetene har plikt til å rette opp de avvik tilsynsmyndighetene påpeker, og Helsetilsynet i fylkene følger opp at dette blir gjort. Dersom opp-

følgingen er utilfredsstillende, kan Helsetilsynet i fylket oversende saken til Statens helsetilsyn som, om nødvendig, kan gi pålegg. Departementet legger stor vekt på at det skal gis meldinger der spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 forutsetter dette og at det skal skje en systematisk oppfølging av tilsynsrapportene fra Statens helsetilsyn. Det er svært viktig at virksomhetene er lærende organisasjoner og ikke bare retter opp de påpekte feil, men systematisk bruker tilsynet til å forbedre den samlede tjeneste. Departementet har i foretaksmøtene med de regionale helseforetak stilt krav om at styrene skal sikre seg at det er etablert et samlet opplegg for internkontroll for virksomheten. I denne sammenheng vil det også bli lagt vekt på å videreutvikle meldesystemet for uhell, jf. omtale inder kap. 728. Videre har departementet inngått en kvalitetsavtale med KS for oppfølging av de kommunale omsorgstjenestene, jfr. kap. 760, der en legger vekt på utfordringene knyttet til internkontroll og kvalitetsutvikling. Sosial- og helsedirektoratet har på oppdrag fra departementet utviklet en ny nasjonal kvalitetsstrategi for sosial- og helsetjenesten i samarbeid med fagmiljøene. Med opprettelsen av direktoratet fra 2002 er det etablert et apparat som har som viktig oppgave å drive aktiv veiledning om kvalitetsutvikling og god praksis i tjenesten.

Satsningsområder for 2006

Det vil i 2006 bli gjennomført landsomfattende tilsyn med:

- Habiliteringstjenester til barn; omfatter både kommunale habiliteringstjenester (helse og sosial) og spesialisthelsetjenester
- Tverrfaglige, spesialiserte tjenester til rusmiddelmisbrukere
- Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning (rettet mot kommuner som ikke har fattet vedtak om bruk av tvang og makt)

Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene skal følge opp påpekte avvik overfor virksomheter som har hatt tilsyn. Oppsummeringsrapporter som sammenfatter funnene fra de tre landsomfattende tilsynene i 2005 med kommunale helse- og sosiale tjenester, rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning og kommunikasjon i helseforetak som behandler pasienters gastrokirurgiske sykdommer utarbeides. Helsetilsynet vil vurdere videre oppfølging fra tilsynsmyndighetenes side.

Statens helsetilsyn vil fortsette arbeidet med å effektivisere saksbehandlingen av tilsynssaker. Vi vil også videreføre arbeidet med å systematisere og effektivisere behandlingen av klager etter helse- og sosialtjenestelovgivningen. Med en økende saksmengde og et økt antall alvorlige tilsynssaker, vil Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylkene måtte avsette større ressurser for å sikre en forsvarlig saksbehandling innen rimelige tidsfrister.

På bakgrunn av de forhold som er avdekket i psykisk helsevern er det naturlig for Statens helsetilsyn å intensivere tilsynet med denne tjenesten. Det vil spesielt bli lagt vekt på å etterse de ledelsesmessige og organisatoriske forhold som må ligge til grunn for en faglig forsvarlig tjeneste. Ved alvorlige hendelser vil Helsetilsynet tilstrebe en rask reaksjon slik at saksforholdet kan utredes tidlig, at de berørte kan få rask tilbakemelding og at eventuelle feil og mangler kan avdekkes og rettes opp for å unngå fremtidige hendelser. Helsetilsynet vil spesielt ha oppmerksomhet mot saker der det begås selvmord av pasienter under psykisk helsevern. Slike hendelser kan ikke alltid unngås, men de kan i en del tilfeller avdekke manglende oppfølging og samhandling mellom aktørene i helsetjenesten.

Helsetilsynet vil i 2005 motta data fra SINTEF Helse om tvang i psykisk helsevern. En rapport med Helsetilsynets tilsynsmessige vurderinger vil bli ferdigstilt i 2006, og behov for eventuell lokal oppfølging av Helsetilsynet i fylkene vil bli vurdert.

Helsetilsynet vil gjennomgå og oppsummere tilsynserfaringer knyttet til barneboliger, og foreta en risiko- og sårbarhetsvurdering av hvilke problemstillinger som bør følges opp ved ytterligere tilsynsaktivitet.

Helsetilsynet vil gjøre nødvendige forberedelser for å vurdere tilsyn med legemiddelbehandling av eldre i 2007.

Helsetilsynet skal i 2006 gjennomføre tilsyn med blodbanker, jf. blant annet forpliktelser som følger av implementering av EUs bloddirektiv, jf. blodforskriften.

Helsetilsynet skal følge opp oppdrag i Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner med sikte på tilsynsaktivitet knyttet til faglig forsvarlig isolering i sykehus.

Helsetilsynet vil følge situasjonen når det gjelder fattigdomsutvikling og langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp.

På grunnlag av tilsynserfaringer og informasjon fra andre kunnskapskilder vil Helsetilsynet ha oppmerksomhet rettet mot følgende tjenester hjemlet i lov om sosiale tjenester:

brukerstyrt personlig assistanse, avlastning, støttekontakt og omsorgslønn.

Helsetilsynet vil fortsatt følge utviklingen av om prioriterte grupper jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3 får de tannhelsetjenester de har krav på.

Helsetilsynet gjennomfører i 2005 og 2006 til-

syn med tjenester som er forankret i spesialisthelsetjenesteloven og kommunenes helse- og sosiallovgivning, og som utføres av private operatører.

Statens helsetilsyn vil i samarbeid med Helsetilsynet i fylkene foreta en tilsynsmessig oppfølging av arbeidsgivernes rutiner for kontroll av kvalifikasjoner ved ansettelser av helsepersonell.

Resultatmål for tilsyn og saksbehandlingstid i 2006:

- Helsetilsynet i fylkene skal gjennomføre minst 300 tilsyn med helsetjenesten.
- Fylkesmennene skal gjennomføre minst 180 tilsyn med sosialtjenesten. I tillegg kommer stedlig tilsyn ettert sosialtjenestelovens kap 4A og tilsyn med rusinstitusjoner etter kap. 3 i forskrift til lov om sosiale tjenester.
- Valg av tilsynsobjekter skal skje ut i fra en risiko- og sårbarhetsvurdering.
- Median saksbehandlingstid i Helsetilsynet for klage- og tilsynssaker som avsluttes i 2006, skal være 6 måneder eller mindre, ved maksimalt 200 nye saker for hvert av årene 2005 og 2006.
- Median saksbehandlingstid ved helsetilsynet i fylkene for klagesaker som avsluttes i 2006, skal være 5 måneder eller mindre, ved maksimalt 1700 nye saker for hvert av årene 2005 og 2006.
- Median saksbehandlingstid ved Helsetilsynet i fylkene for klagesaker som behandles etter pasientrettighetsloven og kommunehelsetjenesteloven, som avsluttes i 2006, skal være 3 måneder eller mindre, ved maksimalt 450 nye saker for hvert av årene 2005 og 2006.
- Saksbehandlingstid for fylkesmennene i behandling av klagesaker etter sosialtjenesteloven skal ikke overstige 3 måneder.

Merknader til budsjettforslaget for 2006

Helsetilsynet har økt press på sine oppgaver og har økt saksmengde på tilsynssaker. Hendelsesbasert tilsyn er tilsynssaker opprettet på grunnlag av henvendelser med spørsmål om uforsvarlige forhold i tjenesten. Denne type saker er økt med 25–30 pst. fra 2002 til 2004. Det er behov for å øke kapasiteten og kompetansen innenfor helse og jus. Det foreslås at Helsetilsynet tilføres 2 mill. kroner til dette.

Kap. 3721 Statens helsetilsyn (jf. kap 721)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
02	Salgs- og leieinntekter	3 211		
03	Refusjon fra NORAD	27		
04	Diverse inntekter	219		
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	274		
18	Refusjon av sykepenger	501		
	Sum kap 3721	4 232		

Kap. 0722 Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 3722)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
01	Driftsutgifter	63 409	60 127	64 559
50	Tilskudd til NPE som statlig fond	320 575	394 023	
70	Dekning av advokatutgifter	15 591	12 408	12 805
	Sum kap 0722	399 575	466 558	77 364

Som følge av innføringen av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen, jf. omtale i Gul bok 2006, er bevilgningsforslaget redusert med:
Post 01: 2 237 000 kroner

Overført fra 2004 til 2005:
Post 01: 429 000 kroner

Formål og hovedprioriteringer

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

Lov om erstatning ved pasientskader samt tilhørende forskrifter trådte i kraft 1. januar 2003 for saker innen offentlig helsetjeneste, jf Ot.prp. nr. 22 (2002–2003) Om lov om endring i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven). Gjennom forskrift er offentlig helsetjeneste i lovens forstand utvidet til å omfatte de deler av private tjenesteyteres virksomhet som er basert på drifts- eller basistilskudd fra offentlige myndigheter, det som finansieres gjennom kjøpsavtaler med det offentlige, helsetjenester i utlandet som det offentlig helt eller delvis bekoster, og såkalte øyeblikkelig hjelpsituasjoner.

For saker innen øvrige deler av private tjenesteyteres virksomhet, er loven ikke trådt i kraft. Bakgrunnen er at forsikringsselskapene ikke har ønsket å tilby forsikringer etter vilkårene i pasientskadeloven, som gir pasientene bedre erstatningsrettslig sikring enn vanlig ansvarsforsikring. Departementet har utarbeidet et høringsnotat hvor det bl.a. foreslås at NPE får erstatningsansvaret for denne delen av privat sektor. Høringsfristen er 1. november.

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

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

Pasientskadeordningen finansieres gjennom direkte tilskudd fra staten, regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner. For 2006 foreslås det innført et nytt finansieringssystem for pasientskader. Se omtale under kap. 722 post 50.

NPE fakturerer Norsk legemiddelforsikring AS for saksbehandlertjenester etter produktsansvarslovens kap. 3.

Det er etablert et styre og et råd for NPE.

Resultatrapportering 2004

Fra opprettelsen av NPE i 1988 og til utgangen av 2004 har mer enn 28 000 pasienter eller pårørende søkt om erstatning. Saksmengden har økt fra 230 saker det første året til 3 150 saker i 2004. Saksmengden har aldri vært høyere enn i 2004 med en økning fra forrige år på 35 pst.

I 2004 utbetalte NPE 398,0 mill. kroner i erstatning til pasienter og pårørende. Tallet inkluderer både erstatningsutbetalinger i avsluttede saker og delutbetalinger i saker under arbeid.

For saker hvor erstatningens størrelse ble fastsatt i 2004, ble det i gjennomsnitt utbetalt 460 000 kroner per sak. Beløpet i den enkelte sak varierer fra 5 000 kroner og opp til flere millioner kroner.

Saker som er gitt medhold i NPE i 2004 tilsvarer en andel på 37 pst. Det er en økning på tre prosentpoeng i forhold til 2003.

Fra 1. januar 2004 ble Pasientskadenemnda adressat for søksmål i pasientskadesaker. Dette innebærer at NPE gradvis vil bli trukket ut av prosesser for domstolene. I alt 50 saker ble avsluttet for domstolene i 2004, hvorav 29 ble forlikt og 21 fikk rettskraftig dom. Totalt har NPE mottatt 300 søksmål fra 1990 til og med 2003. Ved utgangen av juni 2005 var 34 av disse sakene fortsatt løpende, inklusive 20 saker for lagmannsretten og 2 saker for Høyesterett.

Oppfølging av Statskonsults rapport av februar 2004 om pasientskadeordningen samt Norsk pasientskadeerstatnings interne kvalitetsprosjekt Pasienten i fokus har hatt høy prioritet i 2004. Som et ledd i arbeidet er det utviklet en serviceerklæring som beskriver innholdet i og kvaliteten på Norsk pasientskadeerstatnings tjenester. Det er videre innført en rekke nye servicetiltak og rutiner med sikte på raskere saksbehandling og bedre service til pasientene.

Saksbehandlingstid er et prioritert område. Statistikken viser at om lag 59 pst av sakene i 2004 var avklart innen 12 måneder med hensyn til om erstatningssøker har krav på erstatning eller ikke. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for denne delen var 12 måneder. Nesten 64 pst av sakene var avklart med hensyn til erstatningens størrelse 12 måneder etter at det var fattet vedtak om at erstatning skulle gis. Også for denne delen av saksbe-

handlingen var gjennomsnittlig saksbehandlingstid 12 måneder.

Et annet viktig område i 2004 har vært informasjonsarbeid for å styrke publikums kjennskap til egne rettigheter som pasient eller pårørende. Undersøkelser viste at helsepersonell også hadde behov for riktig kunnskap om erstatningsordningen for å formidle rettighetene til pasientene på en god måte. Det ble derfor gjennomført to informasjonskampanjer i 2004; én mot helsepersonell og én mot pasienter.

I 2004 startet NPE opp et arbeid for å utvikle og tilrettelegge statistikk som bidrag i det skadeforebyggende arbeidet i helsesektoren. Det er blant annet utviklet statistikk for helseregionene fordelt på helseforetak.

Tilstandsvurdering 2005 og satsingsområder 2006

Det har vært en sterk vekst i antall nye saker til NPE. For 2005 forventes en økning på vel 11 pst. Selv om NPE har økt produksjonen og saksbehandlingstiden er noe redusert, er det en økende portefølje av saker under behandling.

Per juli 2005 har NPE mottatt 1948 nye saker. Erstatningsutbetalingene etter de første 7 månedene av 2005 er 252,7 mill. kroner, som er 30 mill. kroner høyere enn tilsvarende periode i 2004.

Rask og god saksavvikling har høyeste prioritet i Norsk pasientskadeerstatnings arbeid fremover. Med et stort antall saker som avventer behandling, vil det bli arbeidet videre med å finne en riktig balanse mellom grundighet og tidsbruk. Det er viktig at utredning av sakene skjer i samsvar med sakens kompleksitet, og at ressursbruken differensieres i forhold til hva som er nødvendig i hver enkelt sak.

Budsjettforslag for 2006

Den sterke veksten i antall nye saker gjør det nødvendig å styrke saksbehandlingskapasiteten ved NPE. Det foreslås en økning av driftsrammen med 5,5 mill. kroner i 2006. Forslaget er en videreføring av tilleggsbevilgningen som ble gitt ved behandling av St.prp. nr. 65 (2004–2005), omgjort til helårsvirkning.

Finansieringen av NPE er basert på en budsjetteknisk fondsløsning, jf. tabell under. Inntektene skal dekke erstatningsutbetalinger, drift av NPE og Pasientskadenemnda, samt advokatbistand for pasientene og administrasjonskostnader for selve fondet. For 2006 foreslås det en omlegning av systemet. Omlegningen henger sammen med forslaget til nytt system for finansiering av pasientskadeerstatninger, se egen omtale i kap. 722 post 50 Tilskudd til NPE som statlig fond. For 2006 er det forutsatt at driftsutgiftene til Norsk Pasientskadeerstatning skal finansieres på ordinært vis over statsbudsjettet, uten bevilgningsmessige overføringer fra fondet.

Oppgjørsordning i 2006

Inntekter	(1000 kr)
Inngående beholdning	0
Tilskudd fra staten	0
Tilskudd fra helseforetak	414 563
Tilskudd fra kommuner	44 000
Tilskudd fra fylkeskommuner	2 000
Egenbetaling for skade	27 000
Norsk legemiddelforsikring	0
Sum	487 563

Inngående og utgående beholdning er anslagstall.

Utgifter	(1000 kr)
Erstatningsutbetalinger	487 563
Drift av NPE (post 01 og 70)	0
Drift av Pasientskadenemnda	0
Adm.kostnader (for fondet)	0
Utgående beholdning	0
Sum	487 563

Post 01 Driftsutgifter

Ved behandlingen av St. prp. nr. 65 (2004–2005) ble det gitt en tilleggsbevilgning på 3 mill. kroner. For 2006 foreslås det en bevilgning på 5,5 mill. kroner som inkluderer videreføring av tilleggsbevilgningen i 2005. Norsk pasientskadeerstatning fakturer Norsk legemiddelforsikring AS for saksbehandlertjenester etter produktansvarslovens kap. 3. Det foreslås opprettet en ny inntektspost under NPE knyttet til disse saker. Samtidig forelås det at NPE får fullmakt til å overskride post 01 mot tilsvarende merinntekter over kap. 3722 post 02.

Bevilgningsforslaget er redusert med 2,2 mill. kroner som følge av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen.

Post 50 Tilskudd til NPE som statlig fond

Pasientskadeloven trådte i kraft 1. januar 2003 for den offentlige helsetjenesten. Loven gir alle pasienter rett til erstatning etter et objektivert ansvar. Hovedregelen er at pasienter og andre som har lidt

tap på grunn av pasientskader har rett til erstatning når skaden skyldes svikt ved ytelsen av helsehjelp, selv om ingen kan lastes. Fastsettelse av erstatningen følger bestemmelsene i Skadeerstatningsloven. Alle kan vederlagsfritt søke om erstatning.

Erstatningene og kostnadene knyttet til å forvalte ordningen blir i dag dekket gjennom et direkte tilskudd fra staten, premier innbetalt av regionale helseforetak, kommuner og fylker. I tillegg betaler regionale helseforetak egenandel. Statens direkte tilskudd dekker hovedtyngden av utgiftene. Rammene til kommuner og fylker ble i 2003 justert for å dekke antatte kostnader til skader som ville inntreffe etter 1. januar 2003.

For 2006 foreslås det en omlegning i finansieringssystemet for pasientskadeordningen. Det foreslås at regionale helseforetak, kommuner og fylkeskommuner selv skal dekke de samlede kostnader knyttet til utbetaling av pasientskadeerstatninger. Staten vil dekke kostnadene knyttet til å forvalte pasientskadeordningen, dvs. driften av Norsk pasientskadeerstatning, Pasientskadenemnda og pasientenes utgifter til advokater.

Formålet med omlegningen er å underbygge det ansvar leverandører av helsetjenester har for å sikre helsetjenester av god kvalitet, herunder forebygge skader og uhell, og dekke kostnadene knyttet til pasientbehandling. Over tid vil en slik ansvarsplassering bidra til økt oppmerksomhet om de økonomiske kostnader knyttet til skader og skjerpet bevissthet om kvalitet i helsetjenesten blant leverandører av helsetjenester.

Omlegningen vil ikke få konsekvenser for pasientenes rettigheter.

De samlede premier (og egenandeler fra helseforetak) som belastes hhv. regionale helseforetak, kommuner og fylkeskommuner skal tilsvare de forventede erstatningsutbetalinger knyttet til disse forvaltingsnivåer. Det innebærer at det over tid ikke finner sted kryssubsidiering mellom forvaltningsnivåene. Premiene blir fastsatt av NPE, for regionale helseforetak vil premiene være basert på risikovurderinger, historiske data for skader/erstatninger. For kommuner og fylker vil befolkningstall bli lagt til grunn ved utforming av premien. De regionale helseforetakene avgjør på hvilken måte premiene skal belastes de enkelte lokale helseforetak.

Statens direkte tilskudd til NPE vil bli innarbeidet i statens tilskudd til regionale helseforetak, kommuner og fylker og fordelt på aktørene etter de kriterier som er fastsatt for de respektive rammetilskudd.

Ordningen med pasientskadeerstatning er bl.a. kjennetegnet ved at det kan ta svært lang tid før alle skader som kan henføres til et bestemt kalenderår, er ferdig behandlet. Etter at skaden har oppstått, må pasienten oppdage at en skade har skjedd og den må meldes NPE. Vedtak som fattes av NPE kan påklages Pasientskadenemnda og eventuelt domstolen. I dag blir anslagsvis 90 pst. av erstatningssakene oppgjort innen ti år.

Omlegningen vil innebære at regionale helseforetak, kommuner og fylkeskommuner vil få utgifter til erstatninger som har inntruffet før statens overtakelse av sykehusene og før Pasientskadeloven trådte i kraft. I omlegningen av finansieringssystemet legges det imidlertid opp til at staten kompenserer for disse kostnadene gjennom de beløp som foreslås innarbeidet i rammetilskuddene til aktørene. Det gjøres også oppmerksom på at de regionale helseforetakene i dag betaler egenandeler for skader inntruffet før statens overtakelse av spesialisthelsetjenesten 1. januar 2002.

De årlige innbetalinger fra regionale helseforetak, kommuner og fylkeskommuner til NPE skal tilsvare de forventede erstatningsutbetalinger for det aktuelle året. Det medfører at det ikke blir etablert et særskilt fond for fremtidige erstatningsutbetalinger.

Det har vært en jevn vekst i utgiftene til pasientskadeerstatningene. Erstatningsutbetalingene blir bestemt av skadeomfanget i helsetjenesten og nivået på erstatningsutbetalingene. Erstatningsutbetalingene påvirkes av den utvikling som for øvrig finner sted i samfunnet ved utmåling av erstatninger. Endringer i medholdsrate ved NPE og i Pasientskadenemnda, mørketall og informasjonskampanjer fra NPE vil også gi utslag på utbetalingene.

Det er usikkerhet knyttet til nivået på erstatningsutbetalingene i 2006. Det legges opp til en modell der staten etterskuddsvis kompenserer partene dersom veksten i erstatningsutbetalingene fra et år til et annet blir meget stor. Regjeringen vil i Revidert nasjonalbudsjett 2006 vurdere behovet for en særskilt økonomisk kompensasjon.

Omlegningen av finansieringssystemet gjør det ikke lenger hensiktsmessig å opprettholde Norsk pasientskadeerstatning som statlig fond. Fondet ble i all hovedsak tømt for midler i forbindelse med behandling av statsbudsjettet for 2003. Fondet fungerer nå som et rent teknisk mellomværende mellom innbetaling av premier og egenandeler og utbetalinger av erstatninger og dekning av forvaltningskostnader. Det foreslås derfor at fondet nedlegges. NPE vil få særskilt fullmakt til å postere utgiftene til utbetaling av pasienterstatninger. NPE vil samtidig få i oppdrag å innkreve premier og egenandeler som tilsvarer de forventende erstatningsutbetalinger. Omlegningen vil ikke få konsekvenser for utbetaling av erstatninger til den enkelte pasient.

Post 70 Dekning av advokatutgifter

Kap. 722 post 70 skal dekke pasienters utgifter til advokatbistand, hvilket er en rettighetsbasert ytelse. NPE vurderer hvorvidt pasienten kan få utgifter til advokat dekket over erstatningsordningen og fatter vedtak om dette i medhold av pasientskadeloven. Vedtaket kan påklages til Pasientskadenemnda. For 2006 foreslås bevilget 12,8. mill. kroner til dekning av advokatutgifter. Det er knyttet stor usikkerhet til utgiftene i 2006.

Kap. 3722 Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 722)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
02	Diverse inntekter			1 000
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	958		
18	Refusjon sykepenger	241		
50	Overføring fra NPE som statlig fond	72 152	72 535	71 535
	Sum kap 3722	73 351	72 535	72 535

Kap. 3722 Norsk Pasientskadeerstatning, post 50 Overføring fra NPE som statlig fond, har dekket utgifter til drift av Norsk Pasientskadeerstatning, samt utgifter til advokatbistand for pasienter som søker erstatning. For 2006 foreslås det at disse utgiftene skal bevilges direkte over statsbudsjettet uten bevilgningsmessige koblinger til NPE som statlig fond. NPE som statlig fond foreslås nedlagt.

Til å dekke de kostnader Norsk Pasientskadeerstatning har til behandling av legemiddelsaker foreslås det opprettet en ny inntektspost Post 02 Diverse inntekter. Norsk Pasientskadeerstatning gis samtidig fullmakt til å overskride bevilgningen over post 01 mot tilsvarende merinntekter over kap. 3722 post 02 Diverse inntekter.

Kap. 0723 Pasientskadenemnda (jf. kap. 3723)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
01	Driftsutgifter	15 692	16 916	19 439
	Sum kap 0723	15 692	16 916	19 439

Som følge av innføringen av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen, jf. omtale i Gul bok 2006, er bevilgningsforslaget redusert med:
Post 01: 794 000 kroner

Overført fra 2004 til 2005:
Post 01:803 000 kroner

Formål og hovedprioriteringer

Pasientskadenemnda (PSN) ble opprettet 1. januar 2003 og er et frittstående og uavhengig forvaltningsorgan som behandler klager på vedtak fattet av Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). Både selve ansvarsvedtaket og erstatningsutmålingen kan påklages. I tillegg behandler nemnda begjæringer om gjenopptak av tidligere nemndsbehandlede saker. Pasientskadenemnda er oppnevnt av regjeringen og består av fem medlemmer med to sett av personlige varamedlemmer.

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

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

Posten skal dekke utgifter til drift av Pasientskadenemnda. Dette gjelder både utgifter til sekretariatet og til selve nemnda. Det vises til omtale av erstatningsordningen og Norsk Pasientskadeerstatning under kap. 722.

Resultatrapportering 2004

Pasientskadenemnda behandlet i 2004 662 saker (mot 582 i 2003), mens 48 saker (mot 43 i 2003) ble behandlet etter delegasjonsfullmakten. Samlet sett førte 13,7 pst. av samtlige saker helt eller delvis frem i favør av pasientene. Dette er en nedgang på 2,3 pst. i forhold til foregående år. Behandling av erstatningsutmålingssakene førte til en gjennomsnittlig oppjustering av erstatningsnivået med 11,5 pst. i forhold til hva som opprinnelig ble tilkjent av NPE, mot 19,0 pst. i 2003. Det er ikke holdepunkter for at nemndas praksis har blitt strengere selv om medholdsprosenten har gått ned. Det er mer sannsynlig at det er tale om tilfeldige variasjoner.

I 2004 ble det berammet 23 nemndsmøter. Det er en tendens at flere pasienter lar seg representere ved advokat enn tidligere. I 2003 var 28 pst. av pasientene representert ved advokat, mens 39 pst. var representert ved advokat i 2004.

PSN mottok i 2004 85 stevninger, hvilket er en markant økning i forhold til tidligere da NPE var rette saksøkt.

Tilstandsvurdering 2005

Den 01.01.05 hadde Pasientskadenemnda 321 saker under behandling, og i tiden frem til 31. mai 2005 mottok PSN 385 nye klagesaker og 29 gjenopptaksbegjæringer. Dette gir en prognose på omlag 920 nye klagesaker for hele 2005, dvs. 260 flere klagesaker enn i 2004 og en økning på nesten 40 pst. i løpet av ett år.

I 2005 er det berammet 23 nemndsmøter. Antall saker under behandling forventes å øke med 150–200 i forhold til 1. januar 2005. Utviklingen i saksmengden kan få en ugunstig effekt på saksbehandlingstiden.

Pr. 31. mai 2005 utgjorde medholdsprosenten 16,9, mens erstatningsnivået i erstatningsutmålingssakene er oppjustert med gjennomsnittlig 20,3 pst. Dette er høyere enn i 2003 og 2004. I tillegg viser tendensen at 46–47 pst. av pasientene er representert ved advokat. Dette er en økning på 7–8 pst. sammenlignet med 2004. Kostnadene til juridisk bistand i de tilfeller der pasientene har krav på dette etter pasientskadeloven er betydelige. .

Den 31. mai 2005 hadde PSN mottatt 43 stevninger, hvilket gir en prognose på omlag 100 stevninger for året sett under ett. Gjennom en anbudsrunde har PSN inngått en rammeavtale med et advokatfirma, og noe under halvparten av sakene prosederes av dette firmaet. Det er et mål at Pasientskadenemndas sekretariat i enda større grad skal prosedere sakene selv, idet dette vil være kostnadsbesparende totalt sett.

Budsjettforslag for 2006

På bakgrunn av den sterke økningen i saksmengden foreslås det en styrking av PSN med 3 mill. kroner.

Bevilgningsforslaget er redusert med 794 000 kroner som følge av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen.

Kap. 3723 Pasientskadenemnda (jf. kap. 723)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	292		
18	Refusjon av sykepenger	20		
50	Overføring fra NPE som statlig fond	15 229	17 916	17 916
	Sum kap 3723	15 541	17 916	17 916

Kap. 3723 Pasientskadenemnda, post 50 Overføring fra NPE som statlig fond har dekket utgifter til drift av Pasientskadenemnda. For 2006 foreslås det at bevilgningen til Pasientskadenemnda bevilges direkte over statsbudsjettet. NPE som statlig fond foreslås nedlagt. Se omtale under kap.722 post 50.

Kap. 0724 Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak (jf. kap. 3724)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
01	Driftsutgifter	5 055	23 581	23 358
21	Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten, *kan nyttes under post 70*	47 689	48 697	22 693
60	Tilskudd til rekrutteringsplanen	56 511	59 819	
61	Tilskudd til turnustjenesten	112 245	131 028	146 800
70	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*			36 000
71	Tilskudd til Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap mv.	12 976	13 247	13 671
	Sum kap 0724	234 476	276 372	242 522

Som følge av innføringen av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen, jf. omtale i Gul bok 2006, er bevilgningsforslaget redusert med:
Post 01: 664 000 kroner
Post 21: 3 000 kroner

Overført fra 2004 til 2005:
Post 01: 275 000 kroner
Post 21: 285 000 kroner

Post 01 Driftsutgifter

Statens helsepersonellnemnd

Statens helsepersonellnemnd er en uavhengig klagenemnd som behandler klager fra helsepersonell. Klagene gjelder avslag på søknad om autorisasjon truffet av Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, administrative reaksjoner gitt av Statens helsetilsyn og avslag på spesialistgodkjenning truffet av henholdsvis Den norske lægeforening, Den norske tannlegeforening og Norges optikerforbund. Statens helsepersonellnemnd er også Apotekklagenemnd for enkelte avgjørelser truffet av Statens legemiddelverk. Nemnda har syv medlemmer med personlige varamedlemmer og et sekretariat som forbereder sakene for nemnda. Medlemmene oppnevnes for en periode på tre år.

Nemndas hovedmål

Målet for avgjørelsene i nemnda er en mest mulig riktig avgjørelse i den enkelte sak. Vedtakene nemnda treffer har ofte store konsekvenser for den enkelte klageren. Hensynet til helsepersonellets rettsikkerhet gjør at kontradiksjon og grundighet er viktig under saksforberedelsen.

Nemndas gjennomsnittlige saksbehandlingstid skal ikke overstige fire måneder. Klagerne skal til enhver tid være godt informert om rutiner og forventet fremdrift ved nemndas behandling av klagesaker. Nemndas virksomhet skal videre gjøres bedre kjent for brukere og offentligheten generelt.

Videre skal nemnda bistå departementet med videreutvikling av reaksjonssystemet overfor helsepersonell samt godkjenningssystemet for helsepersonell med utdanning fra utlandet.

Resultatrapportering 2004

I 2004 har nemnda avholdt 11 ordinære nemndsmøter og behandlet 110 saker. Sakene fordelte seg med 56 saker fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, 47 saker fra Helsetilsynet, tre saker fra Den norske lægeforening og fire saker fra Legemiddelverket. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var 4,3 måneder.

Ved årsskiftet 2004/2005 hadde nemnda 10 ubehandlede klagesaker. Ved samme tidspunkt året før hadde nemnda en restanse på 46 saker. I 2004 fikk klageren medhold i overkant av 17 prosent av sakene. Antall innkomne saker var lavere i 2004 enn i 2003. I motsetning til tidligere år kom hovedvekten av saker fra Statens helsetilsyn og ikke fra Statens autorisasjonskontor.

Mål for 2006

Nemndas viktigste mål vil også i 2006 være å treffe riktige avgjørelser og forsvarlig saksbehandlingstid. Deler av nemndas arbeidsområde er av utpreget internasjonal karakter, og et godt kjennskap til EU-retten samt til andre lands interne regelverk er en forutsetning for nemndas virke. I 2006 vil kompetanse spesielt på dette feltet videreutvikles.

Forslag til budsjett for 2006

For 2006 foreslås et driftsbudsjett på 5,5 mill. kroner til drift av Helsepersonellnemnda.

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

Formål og hovedprioriteringer

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) er en selvstendig etat, underlagt Sosial- og helsedirektoratet. SAFHs to hovedoppgaver er utstedelse av autorisasjon og lisens for helsepersonell utdannet i Norge og i utlandet og administrasjon av turnustjeneste for leger og kiropraktorer. I tillegg forvalter SAFH tilskuddsordning til sykehus og opptreningsinstitusjoner for turnusleger og fysioterapikandidater, samt tilskuddsordning for kiropraktorkandidater i turnustjeneste. SAFH behandler også søknader fra turnusleger om tilskudd til dekning av reise- og flytteutgifter for å tiltre turnustjeneste.

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell skal behandle søknader for helsepersonell raskt og med sikte på å ivareta den enkelte søkers rettssikkerhet på forsvarlig måte. Det skal etterstrebes så god kvalitet på avgjørelsene at man sikrer at søkere som får autorisasjon har de kvalifikasjoner som kreves, slik at man ivaretar pasientenes sikkerhet, bidrar til god kvalitet på helsetjenestene og dermed sørger for at befolkningen har tillit til helsevesenet.

Resultatrapport 2004

SAFH fattet i 2004 omlag 19 650 enkeltvedtak om autorisasjon eller lisens, hvorav omlag 1500 avslag. Antall mottatte søknader var 20 172, noe som var omtrent som i 2003. Siden 2001 har det vært en betydelig økning i antall autoriserte med utdanning fra land utenfor EØS-området (fra 257 i 2001 til 1 015 i 2003). Administrasjon av turnustjenesten for leger har økt betydelig på grunn av økt antall kandidater som søker turnusplass og økt antall turnusleger. I 2005 utgjør det årlig omlag 1200 turnusplasser. Omlag 400 saker må behandles særskilt fordi turnusleger søker om særplass.

Fra 2003 ble gebyrene økt med sikte på at driften av SAFH i hovedsak skulle bli selvfinansiert. Dette skjedde ikke, hovedsakelig på grunn av avtagende antall søknader etter overgangsforskriften for de 11 nye yrkesgruppene som fikk profesjonsgodkjenning ved ikrafttredelse av helsepersonelloven fra 1. januar 2001. Overgangsordningen utløper 1. januar 2008, men det forventes et begrenset antall nye søknader fra disse gruppene i årene fremover.

Mål for 2006

Det antas at antallet søknader om autorisasjon eller lisens vil holde seg på samme nivå i 2006 som i 2005. Det er usikkert hvilken betydning EU-utvidelsen fra mai 2004 vil få for søknadsmengden fra helsepersonell fra de nye medlemslandene. I 2004 mottok SAFH bare omlag 300 søknader fra de ti nye EU-landene, hvilket var omtrent samme antall man mottok fra disse landene før de ble medlemmer i EU. Antall turnusleger forventes å være om lag 1200–1300. Det er et viktig mål for SAFH at saksbehandlingen er effektiv og forsvarlig og i henhold til internasjonale forpliktelser. Det foreslås et budsjett på 18,5 mill. kroner.

Det vises til for øvrig til kap. 3724 post 02 der gebyrinntekter til SAFH er ført opp.

Post 21 Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten mv.

Bevilgningen er i 2005 gitt som tilskudd til stimuleringstiltak/faglig utviklingsarbeid innen allmennlegetjenesten og personelltiltak i tannhelsetjenesten.

Fra og med 2006 foreslås: 33,5 mill. kroner til tilskudd til personelltiltak i tannhelsetjenesten flyttet til kap. 727 post 21 Forsøk og utvikling i tannhelsetjenesten og 70 Tilskudd. 35,623 mill. kroner til tilskudd til forsøk og utviklingstiltak innen primærhelsetjenesten mv. som har vært bevilget over kap. 728 post 21 Spesielle driftsutgifter flyttet til kap. 724 post 21 Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten mv. og 70 Andre tilskudd. Tilskudd som tidligere har vært på kap. 724 post 21 Tilskudd til personell i allmennlegetjenesten og i tannhelsetjenesten og kap. 728 post 21 Spesielle driftsutgifter flyttet til kap. 724 post 70 Andre tilskudd. 3,1 mill. kroner til rekruttering av tannleger fra EU-land som tidligere har vært gitt over kap. 724 post 61 Tilskudd til turnustjenesten flyttet til kap. 727 post 70 Tilskudd. 2,35 mill. kroner til forskning i alternativ behandling som har vært bevilget over kap. 701 post 50 Norges forskningsråd mv. flyttet til kap. 724 post 21 Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten mv.

Rekrutteringstiltak/faglig utvikling i allmennlegetjenesten mv.

Formål og hovedprioriteringer

Formålet med tilskuddsordningen er å bedre legesituasjonen i distrikts- og utkantkommuner og bidra til forskning og fagutvikling i allmennmedisin og i allmennlegenes samhandling med andre. Målet er å sikre befolkningen tilgang på likeverdige legetjenester uavhengig av geografi, økonomi

og sosiale forhold. Tiltakene omfatter bl.a. turnustjenesten, rekruttering og stabilisering i allmennlegetjenesten, interkommunalt samarbeid samt særskilt fagutvikling innen legevaktmedisin og distriktsmedisin. Posten dekker også direkte kostnader knyttet til forvaltningen av midlene.

Resultatrapport og tilstandsvurdering

I forbindelse med og etter innføringen av fastlegeordningen har det skjedd en betydelig økning i årsverksinnsatsen i allmennlegetjenesten. Per 30. juni 2005 var det 89 ubesatte fastlegehjemler (ledige lister), mens det ved innføringen av fastlegeordningen per 30. juni 2001 var 277 ledige lister. Andelen hjemler uten fast lege er forsatt høy i enkelte fylker, spesielt i Sogn og Fjordane og Finnmark. Situasjonen er spesielt vanskelig i enkelte kommuner i indre Finnmark, og da særlig i områder hvor en stor del av befolkningen er samer. Andelen ubesatte fastlegehjemler har i en periode vært relativt høy i Nordland og enkelte fylker på Østlandet, men er nå noe bedret. De fleste hjemlene uten fast lege har vært besatt med vikarer for kortere perioder.

Veiledningsordningen for turnusleger i kommunehelsetjenesten ble i 2004 utvidet til å omfatte alle fylker. Evalueringer viser at turnuslegene er meget godt fornøyd med ordningen. I 2005 ble det bevilget omlag 5,9 mill. kroner til veilederordningen.

Departementet ga i 2004 Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) i oppdrag å følge opp særskilte tiltak for å bedre legesituasjonen i Sogn og Fjordane. Høgskolen i Sogn og Fjordane gjennomførte i 2004 en spørreundersøkelse blant fastlegene i fylket samt blant de legene som hadde sluttet i løpet av de fem siste årene. Målet var å kartlegge hvilke faktorer som avgjorde legenes valg. Undersøkelsen viste at én av de viktigste rekrutteringsfaktorene er kvaliteten på turnustjenesten, og at leger som slutter kommer fra kommuner med høy vaktbelastning. Tiltakene har derfor vært spesielt rettet inn mot interkommunale legevaktordninger, kvalitetssikring av turnustjenesten, mulighet for spesialisering i allmennmedisin for unge leger i indre Sogn og fagutvikling i kommunehelsetjenesten. Det siste har blant annet hatt fokus på behandling av diabetes. Med bakgrunn i gode erfaringer fra veiledningsordningen i kommunene, har fylkesmannen og Helse Førde startet et toårig prøveprosjekt med gruppeveiledning av turnusleger på sykehusene i Helse Førde som supplement til veiledningen ved de respektive sykehusavdelingene.

Fylkesmannen i Sogn og Fjordane har også utviklet en nettløsning for turnusleger som skal velge plass i kommunehelsetjenesten. Ordningen har store effektiviseringsgevinster, og vil fra høsten 2005 tas i bruk i alle fylker. Det ble i 2005 bevilget 0,5 mill. kroner til fylkesmannen i Sogn og Fjordane til tiltak for forbedring av turnustjenesten for leger.

Et senter for distriktsmedisin ved Universitetet i Tromsø har fra 2002 vært drevet som et prosjekt – Nasjonalt nettverk for distriktsmedisin. Senteret omfatter også prosjektet Program for forskning og fagutvikling. Formålet med prosjektene har vært å styrke rekruttering og stabilitet innen allmennlegetjenesten i utkantstrøk i Nord-Norge, styrke forskning, fagutvikling og nettverksbygging, og vedlikeholde og styrke kapasiteten til undervisning og veiledning av legestudenter og turnusleger i disse områdene.

Det er fra høsten 2004 gitt tilskudd til etablering og oppbygging av et Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i Bergen, jf. Stortingets behandling av St. meld. nr. 43 (1999–2000) Om akuttmedisinsk beredskap og Innst. S. nr. 300 (2000–2001). Senteret er tilknyttet UNIFOB AS ved Universitet i Bergen og faglig forankret ved Seksjon for allmennmedisin. Senteret skal bl.a. bidra til nasjonal og internasjonal faglig utvikling, etablere nødvendige nasjonale, faglige standarder, drive forskning, nasjonal kompetanseoppbygging og spredning av kompetanse. En sentral oppgave er å øke kunnskapen om akuttmedisinsk beredskap, blant annet i forhold til sårbare grupper innenfor rus og psykiatri. Kompetansesenteret forventes å være i full drift i løpet av 2007.

Utviklingsprosjektet Distriktsmedisinsk senter Midt-Troms ble etablert i 2003 og skal etter opprinnelig plan avsluttes ved årsskiftet 2005/2006. Prosjektet har som målsetting å bedre rekruttering, stabilitet og faglig kvalitet i den kommunale helse- og sosialtjenesten i 10 kommuner i Midt-Troms. Prosjektet skal også bidra til å øke tilgjengeligheten og kvaliteten på helsetjenestene gjennom interkommunalt samarbeid og samarbeid med spesialisthelsetjenesten gjennom desentraliserte spesialisttjenester. Tiltaket er forankret i kommunene og i Helse Nord og administreres fra Lenvik kommune. Fokusområder i 2004 har blant annet vært interkommunalt samarbeid om legevakt, kompetansenettverk mellom pleie- og omsorgstjenestene, samfunnsmedisinsk arbeid, samt etablering av et interkommunalt nettverk for kvalitetsutvikling i helse- og sosialtjenesten (LØKTA). Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten har blant annet som mål å stimulere til helhetlige pasientforløp (poliklinske spesialisthelsetjenester, desentraliserte sengeposter innenfor geriatri, medisinsk rehabilitering og palliativ behandling, og dialyse). I tillegg deltar senteret i et internasjonalt samarbeid i pro-

sjektet Sustainable Rural Health Care Networks sammen med Høgskolen i Tromsø, Utviklingssenteret og institusjoner i Sverige, Skottland, Island og Finland. Prosjektet er bl.a. finansiert med betydelige midler fra EU. Samarbeidsprosjektets hovedutfordring er å identifisere kritiske faktorer og på denne bakgrunn utvikle, prøve ut og evaluere nye modeller for samhandling og kompetanseoppbygging i helsetjenesten i perifere befolkningsområder. Utover disse aktivitetene er det etablert et byggeprosjekt som planlegger og prosjekterer et bygg som skal samle de interkommunale fellestjenester og desentraliserte spesialisthelsetjenester. I 2005 ble det bevilget til sammen 2,0 mill. kroner i støtte til prosjektet Distriktsmedisinsk senter Midt-Troms og til prosjektering av nytt bygg som skal samle de forskjellige tjenester.

Støtte til deltakelse i veiledningsgrupper for spesialistutdanning i allmennmedisin og samfunnsmedisin i indre Finnmark og Nordland ble i 2005 utvidet til hele Nord-Norge. Ordningen forvaltes av Fylkesmannen i Finnmark og har stor betydning for stabiliteten i legetjenesten.

I 2004 ble det bevilget nærmere 4 mill. kroner til tilleggsutdanning i «nasjonale fag» for utenlandske leger (203 godkjente leger/kandidater) og til norske studenter som studerer medisin på kjøpte plasser med gebyrstipend i utlandet (31 godkjente kandidater). Ordningen vil gradvis kunne bli trappet ned ut fra redusert behov, dels grunnet nye regler for gjensidig godkjenning innen EU/EØS, og dels grunnet bedre tilgang på leger utdannet i Norge.

Satsningsområder og mål for 2006

For å møte rekrutterings- og stabiliseringsutfordringene i deler av allmennlegetjenesten samt behovet for forskning og fagutvikling foreslår departementet å videreføre tilskudd til de omtalte aktiviteter.

Nasjonalt kompetansesenter for legevakt i Bergen forutsettes å trappe opp sin aktivitet i henhold til vedtatte forutsetninger. Dette omfatter en styrking med 1,1 mill. kroner til forskning i allmennmedisin (legevaktmedisin). Tilskudd til rekruttering og stabilisering i allmennlegetjenesten i Sogn og Fjordane og Finnmark videreutvikles. Når det gjelder prosjektet Distriktsmedisinsk senter Midt-Troms involverer dette helse-, sosial- og næringsutvikling i midt-Tromsregionen, og har i løpet av prosjektperioden blitt svært synlig både nasjonalt og internasjonalt. Gjennom samhandling innen og mellom nivåer og sektorer gir prosjektet et viktig bidrag til stabilisering i regionen slik at befolkningens tilgjengelighet til nødvendige tjenester kan sikres. Det utvikles erfaringer som har stor overføringsverdi til andre regioner. I sin innstilling til statsbudsjettet for 2005 anmoder sosialkomiteen departementet «om å legge til rette for videre prosjektering og realisering av distriktsmedisinsk senter i Midt-Troms», jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004–2005). Departementet foreslår at det gis tilskudd som sikrer at utviklingsprosjektet kan videreføres i perioden 2006–2007. Departementet tar også sikte på tilskudd som kan brukes til veilederfunksjon overfor andre kommuner og helseforetak som planlegger aktiviteter av tilsvarende karakter.

Når det gjelder fremtidig status for prosjektet i distriktsmedisin ved Universitetet i Tromsø, vil dette bli tatt stilling til ved vurderingen av forslag til fremtidig organisering av forskning i allmennmedisin, se under.

For 2006 foreslås det at tilskudd videreføres og fordeles på følgende tiltak:

- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i Bergen
- Rekruttering og stabilisering av legesituasjonen i Sogn og Fjordane
- Videreutdanning av primærleger i Nord-Norge
- Distriktsmedisinsk senter Midt-Troms
- Veiledningsprogram for turnusleger i kommunehelsetjenesten
- Utviklingsarbeid innen distriktsmedisin i Nord-Norge
- Kvalifiseringstiltak for leger utdannet i utlandet

Evaluering av fastlegereformen

Departementet har en løpende oppfølging av fastlegeordningen i samarbeid med Rikstrygdeverket, Sosial- og helsedirektoratet og Statens helsetilsyn. Gjennom et 5-årig program koordinert av Norges forskningsråd er det foretatt en forskningsbasert evaluering. Oppdraget til Forskningsrådet avsluttes i 2005. Oppfølgingen av reformen skjer også i samarbeid med KS, Oslo kommune og Den norske lægeforening.

Departementet ferdigstilte i desember 2004 en statusrapport om fastlegeordningen som omfattet perioden fra innføringen 1. juni 2001 til 31. desember 2003. Hovedinnholdet i denne ble omtalt i 2005-budsjettet.

Innfrielse av de rettigheter innbyggerne gis gjennom fastlegeordningen forutsetter tilstrekkelig legedekning. Ved utgangen av andre kvartal 2005 sto fortsatt 62 000 innbyggere (1,3 pst.) på en liste betjent av vikar. Registerdata fra Rikstrygdeverket viste på samme tid at 112 kommuner hadde uttilfredsstillende mulighet for legebytte. Til sammenligning gjaldt dette 146 kommuner rett etter innføringen av fastlegeordningen og 103 kommu-

ner ved utgangen av 2003. Legedekningen er spesielt mangelfull i noen mindre sentrale områder, jf. omtale foran under Stimuleringstiltak innen allmennlegetjenesten.

Det har funnet sted en generell styrking av legeårsverkene i kommunehelsetjenesten de senere år. Veksten i årsverk innenfor allmennmedisinsk offentlig legearbeid har imidlertid vært mindre enn ønsket. Undersøkelser viser at kommunene i gjennomsnitt ikke har utnyttet fullt ut den muligheten den individuelle fastlegeavtalen gir til å styrke allmennmedisinsk offentlig legearbeid. Årsaker til dette undersøkes nærmere i et forskningsprosjekt administrert av Forskningsrådet. Prosjektet forventes sluttført i løpet av høsten 2005. Se for øvrig omtale av legetjenesten i sykehjem under programkategoriomtalen til 10.60 Omsorgstjenester.

Kommunene har ansvar for å sikre tilstrekkelige ressurser til de legeoppgaver det er behov for. Departementet har i rundskriv I-3/2005 bedt kommunene om både å sikre tilstrekkelige legeressurser til allmennmedisinsk offentlig legearbeid og om å sikre kapasitet på fastlegenes lister slik at det er listeplass til alle som ønsker det, reell valgmulighet ved legebytte, kapasitet til å ta imot tilreisende og personer som ikke er tilknyttet fastlegeordningen med mer. Kommunene som kontraktspart er også bedt om å følge opp at fastlegene overholder sine forpliktelser blant annet med hensyn til tilgjengelighet.

Departementet vil videreføre en forskningsbasert evaluering i 2006, men i et mindre omfang enn hittil. Det er spesielt behov for kunnskap om hvordan fastlegeordningen fungerer for brukere med sammensatte og/eller spesielle behov som for eksempel kronisk syke, eldre med demens og asylsøkere. I tillegg vil departementet vurdere evalueringsbehovet på grunnlag av Forskningsrådets oppsummeringsrapport fra det oppdrag de har gjennomført i løpet av 5-årsperioden når rapporten foreligger på nyåret 2006.

I behandlingen av sosialkomiteens innstilling til statsbudsjettet for 2005 ba Stortinget gjennom romertallsvedtak «Regjeringen komme tilbake til Stortinget med forslag for å styrke forskningen innen allmennmedisin», jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004–2005). Komiteen sluttet seg til beskrivelsen som ble gitt av departementet i St.prp. nr. 1 (2004–2005) vedrørende behov for forskning og fagutvikling innen allmennmedisinen. Komiteen la vekt på at forskningen og fagutviklingen må ha som målsetting å styrke kunnskapsgrunnlaget for praktisk utøvende allmennmedisin og derfor må knyttes nært opp mot praktiserende allmennleger. Sosial- og helsedirektoratet vil i løpet av høsten 2005 ferdigstille en utredning med forslag til hvordan et slikt utviklingsarbeid kan organiseres og finansieres. Departementet vil komme tilbake med et forslag for Stortinget i Revidert nasjonalbudsjett 2006 etter vurdering av direktoratets forslag og etter drøfting med berørte aktører.

For 2006 foreslås forskning i allmennmedisin styrket med 1,1 mill. kroner. Det vises til omtale foran hvor det framgår at denne styrkingen skal skje på området legevaktmedisin.

Departementets forberedelse, innføring og oppfølging av fastlegeordningen har i perioden 2003 til 2005 vært gjenstand for forvaltningsrevisjon i regi av Riksrevisjonen. Riksrevisjonen avleverte i april 2005 sin endelige rapport «Riksrevisjonens undersøkelse om forvaltning av og måloppnåelse i fastlegeordningen» (Adm. rapport nr. 1 2005). Formålet med Riksrevisjonens undersøkelse har vært å belyse om fastlegeordningen har ført til bedre styring og kontroll med kostnadene og tjenestetilbudet, og i hvilken grad ordningen har bidratt til kvalitet og kostnadseffektivitet i allmennlegetjenesten.

Riksrevisjonen understreker forskjellene mellom kommuner av ulik størrelse når det gjelder styring og kontroll med fastlegeordningen. Departementet følger opp de anmodninger som gis i rapporten i samarbeid med aktuelle instanser/aktører.

Det foreslås tilskudd i 2006 til videre evaluering av fastlegereformen samt til forskning og fagutvikling innen allmennmedisin, statistikkutvikling og aggregering av data for forsknings- og styringsformål.

Utviklingstiltak innen primærhelsetjenesten

Departementet ga i 2003 Statistisk sentralbyrå (SSB) i oppdrag å videreutvikle prosjektet Sentrale data fra allmennlegetjenesten (SEDA), basert på uttrekk fra den elektroniske journalen til et utvalg allmennleger. Formålet med SEDA er å gi data til legenes kvalitetsutvikling i egen praksis, statistikkutvikling og aggregering av data for forsknings- og styringsformål. Prosjektet har et stort potensial, blant annet når det gjelder å utvikle statistikk over henvisninger og epikriser.

I 2005 gjennomfører SSB datauttrekk fra journaler for tre utvalgte måneder. I 2006 vil innkomne data bli analysert. SSB vil i tillegg gi sine vurderinger av muligheten for videreutvikling og drifting av datainnhenting på permanent basis. I den forbindelse vil SEDA også bli sett i sammenheng med oppfølging av Nordisk medicinalstatistisk komités (NOMESKO) anbefalinger om etablering av statistikk for ikke-innlagte pasienter.

Departementet ser behov for å etablere en offentlig statistikk fra allmennlegetjenesten. Statistikkutvikling vil kunne bli et viktig ledd i kunnskapsbasert planlegging og styring og i sikring av større helhet i pasientforløp gjennom effektivt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Dataene vil også kunne gi grunnlag for forskning og fagutvikling for bedre å kunne møte pasientenes/brukernes behov, jf. omtale under Evaluering av fastlegereformen. I tillegg er det ønskelig å stimulere til en generell kvalitetsheving av allmennlegepraksis.

Departementet vil etter at SSB har avlevert sin rapport, i samarbeid med berørte aktører ta stilling til hvordan nasjonal statistikk for allmennlegetjenesten bør innhentes, og i hvilket omfang. Dette vil bli vurdert i forhold til andre former for tilsvarende datainnsamling og databehandling/tilbakemelding innen allmennmedisinske miljøer, for eksempel i NOKLUS (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus). Det er et sentralt prinsipp at rapportering gjøres på en for allmennlegene enkel og troverdig måte.

Departementet vil gi tilskudd i samsvar med aktuell framdrift av prosjektet.

Utvikling av helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning

For 2005 disponeres 11 mill. kroner til gjennomføring av tiltak i handlingsplanen «Mangfold og likeverd». Handlingsplanen er en oppfølging av NOU 1995: 6 Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge. Av disse midlene er 5,4 mill. kroner overført til Sametinget til finansiering av 2 fagstillinger til oppfølging av helse- og sosialsaker, videreføring av rehabiliteringsstipend og midler til prosjektvirksomhet. Sosial- og helsedirektoratet forvalter de øvrige 5,6 mill. kroner til iverksetting av de andre tiltak i planen. Av disse midlene er Senter for samisk helseforskning i 2005 tildelt 4,3 mill. kroner til ordinær drift og analyse av data fra helse- og levekårsundersøkelsen i samiske områder.

Handlingsplanen utløper ved utgangen av 2005. Departementet har i samråd med Sametinget besluttet at arbeidet skal videreføres i 2006. De prinsipielle vurderinger gjort i Mangfold og likeverd vil danne grunnlaget for videre arbeid, men uten at det formuleres noe nytt plandokument. Fylkesmannen i Finnmark vil få en sterkere rolle i iverksettingsarbeidet. En samarbeidsgruppe på administrativt nivå mellom Sametinget, Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, aktuelle underliggende etater og fagmiljøer vil bli etablert i løpet av høsten 2005. Gruppen skal komme med forslag til tiltak for å utvikle likeverdige tjenester, blant annet gjennom videre oppfølging av Mangfold og likeverd.

Det vises for øvrig til kap. 743 Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse for omtale av utvikling av nasjonale kompetansebaser for tjenester til samisk befolkning innen psykisk helsevern.

For 2006 foreslås bevilget 11,5 mill. kroner til tilskudd til driftsmidler til Sametinget, til prosjektvirksomhet som forvaltes av Sametinget, driftsmidler til Senter for samisk helseforskning og til iverksetting av tiltak videreført fra handlingsplanen. Økningen fra 2005 skal primært styrke forskningsaktiviteten.

Grenseløst i Nord

Rapporten Grenseløst i nord om grensekommunesamarbeid mellom tre kommuner i Nord-Finland og ni kommuner i Finnmark og Nord-Troms ble overlevert til statsminister Vanhanen og statsminister Bondevik i Uleåborg den 18. mai 2004. Etablering av en grensesamarbeidskoordinator som skal se situasjonen i helse- sosialtjenesten i begge land under ett, er et viktig tiltak innenfor helse- og sosialsektoren. Koordinatoren skal være en sakkyndig kontaktperson som kan beskrive og forklare landenes ulike tjenestesystem i forhold til bl.a. organisering, finansiering og personellbruk. Oppdraget er forankret hos fylkesmannen i Finnmark og skal videreutvikles i 2006. En tilsvarende stilling er under etablering i Finland.

Alternativ behandling

Organisasjoner med utøvere innen alternativ behandling er invitert til å søke Sosial- og helsedirektoratet om godkjenning etter forskrift om frivillig registerordning for utøvere av alternativ behandling. De første organisasjonene er godkjent, og direktoratet har flere søknader om godkjenning til behandling. Registerordningen ble i løpet av høsten 2004 etablert som elektronisk register i Brønnøysundregistrene.

Forbrukerombudet har i 2005 videreført aktivt tilsyn med markedsføring av alternativ behandling.

Sosial- og helsedirektoratet har på oppdrag fra departementet utført utredninger om utdanningene innen homøopati og akupunktur, og behandlingsformene naprapati, osteopati og manuellterapi med sikte på vurdering av autorisasjon etter lov om helsepersonell. Direktoratet har anbefalt fireårige høyskoleutdanninger innen både akupunktur og homøopati, samt etablering av bransjeinterne krav for ulike grupper autorisert helsepersonell som anvender akupunktur. Direktoratet har ikke tilrådd

autorisasjon av noen nye grupper, men foreslår at manuellterapeuter får beskyttet spesialisttittel hjemlet i forskrift om spesialistutdanning. Departementet har utredningene til vurdering og vil på et senere tidspunkt komme tilbake til oppfølging av utredningene.

Sammenslutning av alternative behandlerorganisasjoner (SABORG), som er en bransjeorganisasjon etablert på departementets initiativ, omfatter stadig flere av medlemsorganisasjonene innen alternativ behandling. Sosial- og helsedirektoratet gir driftsstøtte til sekretariatet. Arbeid med kontaktforum for dialog mellom utøverorganisasjoner (i og utenfor SABORG), pasientorganisasjoner og helsemyndighetene er videreført i 2005. Sosial- og helsedirektoratet koordinerer disse tiltakene.

Høsten 2003 startet departementet i samarbeid med Nasjonalt forskningssenter for komplementær og alternativ medisin (NAFKAM), forprosjektering av et offentlig informasjonssenter om alternativ behandling, lokalisert til Tromsø. Hensikten med tiltaket er å bidra til å ivareta behovet til pasienter, pårørende, helsepersonell, forvaltningen og andre om nøytral, forretningsuavhengig informasjon om alternativ behandling. I 2005 ble det bevilget 2,2 millioner kroner til etablering av informasjonssenteret. Det tas sikte på at informasjonssenteret er i full drift i løpet av 2006.

Nasjonalt forskningssenter for komplementær og alternativ behandling (NAFKAM) ble i 2000 etablert i samarbeid mellom Norges forskningsråd (NFR) og Universitetet i Tromsø. I forbindelse med Stortingets behandling av Ot.prp. nr. 27 (2002–2003) Om lov om alternativ behandling av sykdom mv, sluttet Stortinget seg til forslaget om en styrking og utvidelse av NAFKAMs drift og vitenskapelige aktivitet. I 2005 er NAFKAM gitt tilskudd direkte fra departementet i tillegg til midler fra kap. 701 post 50 Norges forskningsråd mv. Kontrakten med NFR utgikk 1. august 2005. Etter dette opphørte NFRs bidrag til finansiering av NAFKAM, og departementet overtok avtaleforholdet til Universitetet i Tromsø og det direkte ansvaret for grunnbevilgningen til NAFKAM. Virksomheten er forankret i et strategidokument for NAFKAMs forskningsvirksomhet, undervisning om alternativ behandling, rådgivningsoppgaver og nasjonalt og internasjonalt samarbeid.

For 2006 foreslås tilskudd til drift og videre utvikling av NAFKAM, til etablering og drift av informasjonssenter om alternativ behandling i Tromsø, til drift av den frivillige registerordningen ved Brønnøysundregistrene, til drift av kontaktforum, til støtte til sekretariatets funksjon for SABORG, til oppfølging av utredningsarbeidene og eventuelt til andre tiltak omtalt i Ot.prp. nr. 27 (2002–2003) Om lov av alternativ behandling av sykdom mv. Arbeidet med feltet skal også omfatte samarbeid og erfaringsutveksling mellom nordiske myndigheter knyttet til rettslige og utenomrettslige tiltak på området. Når det gjelder forskning innen feltet alternativ behandling, vises også til omtale under kap. 701 Forskning.

Helsesamarbeidet med Kina

Helsesamarbeidet med Kina er forankret i Memorandum of Understanding inngått mellom helseministrene i henholdsvis Kina og Norge i 1999, i en treårig samarbeidsavtale inngått i 2002 og en Addendum til Memorandum of Understanding som eksklusivt konsentreres om samarbeid innen tradisjonelle kinesisk medisin, undertegnet høsten 2004.

Over kap. 724 post 21 disponeres 1,3 mill. kroner til utvekslingstiltak, herunder tiltak innen tradisjonell kinesisk medisin koordinert av NAFKAM. Over kap. 719 post 70 er det bevilget 0,4 mill. kroner til tiltak mot hiv/aids i Kina i samarbeid med norske frivillige organisasjoner. I tillegg kommer 2 mill. kroner fra Utenriksdepartementet som er kanalisert via NORAD til hiv-/aidsforebyggende tiltak i Kina. Helse- og omsorgsdepartementets samlede budsjett for samarbeidet med Kina er 1,7 mill. kroner for 2005. Det foreslås at tilskudd til samarbeid med Kina videreføres i 2006.

Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn

Stortinget behandlet våren 2005 Stortingsmelding nr. 49 (2003–2004) Mangfold gjennom inkludering og deltakelse. Regjeringen varslet i denne meldingen at den ønsker å sette et skarpere søkelys på den voksende innvandrerbefolkningens spesielle helseproblemer og behov for tilpassede virkemidler. Spesielle utfordringer er knyttet til det å kunne tilby adekvate helsetjenester når forfølgelse, flukt og eksiltilværelse har gitt, eller kan gi, helse- og sykdomsmessige konsekvenser.

Sosial- og helsedirektoratet har etablert en ekstern faglig ressursgruppe og Forum for sosial- og helsetjenester ved migrasjon (SOHEMI). Økt brukermedvirkning og styrking av egen fagkompetanse blir vektlagt. På bakgrunn av resultatene fra Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med helsetjenesten til flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente (2004) har direktoratet iverksatt ulike tiltak som skal bidra til bedre helsetjenester overfor de aktuelle grupper.

Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) og Nasjonalt kunnskapssenter om vold

og traumatisk stress (NKVTS), med seksjon for Flyktninghelse og tvungen migrasjon er omtalt under kap. 743 Statlige stimuleringtiltak for psykisk helse.

For 2006 foreslås bevilget tilskudd til oppfølging av forslagene i Stortingsmelding nr. 49 (2003–2004) Mangfold gjennom inkludering og deltakelse og St.meld. nr. 15 (2000–2001) Nasjonale minoritetar i Norge – om statleg politikk overfor jødar, kvener, rom, romanifolket og skogfinnar og av Stortingets behandling av disse meldingene. Videre foreslås midler til videreføring av arbeidet med de etablerte ressurs- og rådgivningsgruppene, samt midler til utarbeidelse, oversettelse og utgivelse av relevant brosjyre- og informasjonsmateriell. Det foreslås også midler til oppfølging av arbeidet mot kjønnslemlestelse, oppfølging av resultatene fra Helsetilsynets landsomfatende tilsyn med helsetjenesten til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente, og andre tiltak som har som mål å utvikle helsetjenesten slik at den blir bedre tilpasset en flerkulturell befolkning. Arbeidet skal også inkludere utvikling av forslag om målbare og konkrete mål for det politiske målet om likeverdige helsetjenester (jf. Vedlegg til Kommunal- og regionaldepartementets St.prp. nr. 1 (2005–2006) om inkludering av innvandrere).

Nye faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen

Sosial- og helsedirektoratet publiserte våren 2005 nye, faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Det er også utgitt en publikumsversjon med mål å tydeliggjøre og styrke gravides kunnskap om det anbefalte innholdet i svangerskapskontrollene. Det vil bli utarbeidet informasjon om rettigheter og det norske systemet når det gjelder svangerskap, fødsel og barseltid for minoritetskvinner og -familier. Tiltak for å heve kompetansen hos jordmødre og leger i svangerskaps- og fødselsomsorgen er startet og videreføres i 2006.

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten

Sosial- og helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet lagt fram en ny Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten – …og bedre skal det bli! Forslaget har vært på bred høring og har vært drøftet med departementet før ferdigstillelse av strategien. Målet er god kvalitet på sosial- og helsetjenestene i alle ledd. Dette innebærer at tjenestene:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukerne og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Det er etablert arbeidsgrupper med sikte på å utvikle handlingsplaner som skal styrke brukeren og utøveren, bedre ledelse og organisasjon samt styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningene.

Viktige tiltak som skal bidra til og understøtte kvalitetsforbedring i tjenestene, er etablering av kvalitetsindikatorer og medisinske kvalitetsregistre, samt utvikling av faglige retningslinjer. For spesialisthelsetjenestens del vises det til omtale under kap. 728 post 21 Spesielle driftsutgifter. Når det gjelder primærhelsetjenesten og samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, er faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen et eksempel, se over.

Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten (GRUK) ble etablert som en stiftelse i 1999 med mål å fremme god kvalitet i sosial- og helsetjenesten i samarbeid med helsemyndigheter og institusjonseiere. GRUK er i dag et fagmiljø med bred kompetanse på områder som kvalitetsforbedring og -monitorering, prosjektstyring, prosessforbedring, IKT-utvikling mot helse- og sosialsektoren og samhandling i tjenestene. Departementet og Sosial- og helsedirektoratet ser at det i forbindelse med implementeringen av Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten vil være behov for den kompetanse GRUK innehar.

Stiftelsen GRUK sin virksomhet har til nå vært fullt ut oppdragsfinansiert. Departementet ønsker å sikre den videre driften av GRUK gjennom en viss basisfinansiering fra 1. januar 2006. En arbeidsgruppe med representanter fra departementet, Sosial- og helsedirektoratet, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og GRUK utreder høsten 2005 nærmere den videre organisasjonsform for GRUK.

For 2006 gis tilskudd til direktoratet til å følge opp Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, utvikle faglige retningslinjer og til drift av GRUK.

Fysioterapitjenesten

Den kommunale fysioterapitjenesten ble senest gjennomgått i forbindelse med arbeidet med St.meld. nr. 36 (1989–1990) Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane. Etter den tid har denne tjenesten, som den eneste av de kommunale helsetjenester, ikke vært gjenstand for en bredere gjennomgang.

Departementet har bedt Sosial- og helsedirektoratet om å foreta en kartlegging av den kommunale fysioterapitjenesten. I oppdraget inngår blant annet å utarbeide en oversikt over utviklingen av fysioterapitjenesten fra kommunehelsetjenesteloven ble innført i 1984 og frem til i dag når det gjelder:

- De funksjoner fysioterapeutene ivaretar når det gjelder forebyggende tjenester, kurative tjenester, rehabilitering/habilitering, innen pleie- og omsorgssektoren mv.
- Kunnskapsgrunnlaget som de ulike deler av fysioterapitjenesten i kommunen baserer sin virksomhet på
- Hvordan funksjonene ivaretas, og årsverksinnsats på de ulike funksjoner, med geografisk fordeling
- Beskrivelse av samarbeid og samhandling med andre tjenesteområder
- Antall fysioterapeutårsverk knyttet til fastlønnsstillinger og driftsavtalepraksiser for de ulike funksjoner, inkludert utbredelsen av praksiser med oppsplitting av avtalehjemler
- Kostnadsutviklingen av fysioterapivirksomheten, knyttet til de ulike funksjoner og tilknytningsformer, inkludert trygdens kostnader

Videre har departementet bedt om at en også kartlegger fysioterapifagets kunnskaps- og kompetanseutvikling de siste årene.

Kartleggingen skal danne grunnlaget for en evaluering av tjenesten. Departementet vil komme tilbake til omtale av arbeidet når kartleggingen er gjennomført.

Post 60 Tilskudd til rekrutteringsplanen

I 2005 ble 3 mill. kroner fra denne posten bevilget som tilskudd til rekruttering av tannleger fra EU-land. Fra 2006 foreslås disse midlene overført til kap. 727 post 70 Tilskudd. 10 mill. kroner foreslås overført til kap. 724 post 61 Tilskudd til turnustjeneste til å dekke utgifter til implementering av utvidet krav til veiledet tjeneste for å få adgang til å utøve selvstendig virksomhet som allmennlege innenfor en nasjonal trygdeordning. Resten av bevilgningen, 48,573 mill. kroner, foreslås flyttet til kap. 761 post 60 Tilskudd til omsorgstjenester for å samle tilskuddene til rekrutteringsplanen.

Post 61 Tilskudd til turnustjeneste

Formålet med turnustjenesten er å kvalifisere turnusleger, fysioterapeutkandidater, jordmorkandidater og kiropraktorkandidater til autorisasjon. Bevilgningen skal kompensere turnusstedene for merkostnader ved å ha turnuskandidater, slik at tilgangen på kvalifisert personell til helsetjenesten sikres. Bevilgningen dekker også veilederprogrammer for turnuskandidatene og kurs/oppfølging. Bevilgningen er i 2005 fordelt på følgende områder:

- Tilskudd til turnustjeneste i sykehus
- Tilskudd til turnustjeneste for leger i kommunehelsetjenesten
- Tilskudd til turnustjeneste for kiropraktorer
- Tilskudd til reise- og flytteutgifter for turnusleger, fysioterapeutkandidater og jordmorkandidater

Tilskudd til turnustjeneste i sykehus/ helseforetak/virksomheter

Det gis tilskudd til sykehus/helseforetak og godkjente opptreningsinstitusjoner per turnuslege, fysioterapeutkandidat og jordmorkandidat. Ordningen med tilskudd til turnustjeneste i sykehus utbetales til det enkelte regionale helseforetak. Det ble utbetalt 22,0 mill. kroner i 2004. Antall turnusplasser på omlag 400 videreføres i sykehus / helseforetak for turnusleger per halvår i 2006. Det forventes ingen økning i behovet for antall turnusplasser for fysioterapeuter. Turnustjenesten for jordmødre opphører fra og med 2006. Sosial- og helsedirektoratet tar sikte på å utarbeide et enklere og mer effektivt system for utbetaling av tilskudd til sykehus/helseforetak/virksomheter fra 2006.

Tilskudd til turnustjeneste for leger i kommunehelsetjenesten

Tilskuddet utbetales til de kommuner som dokumenterer å ha mottatt turnuslege i henhold til avtale og til kommuner hvor opprettet turnusplass ikke blir tildelt turnuslege. Tilskuddet ble prisjustert i 2004 til 108 000 kroner per turnuslege per ½ år. Tilskuddet omfatter også veilederprogrammer for turnuslegene i kommunehelsetjenesten.

Tilskudd til turnustjeneste for kiropraktorer

Som foreslått i St.prp. nr. 1 (2003–2004), er det fra og med 2004 avsatt midler til veiledning av kiropraktorkandidater som avtjener turnustjeneste hos privatpraktiserende kiropraktorer. Ordningen trådte i kraft fra 2. halvår 2004. Det ble utbetalt omlag 1 mill. kroner i 2005. Fra 2006 vil tilskuddet også omfatte opplæring i trygdeordninger og regler for medisinsk arbeidsevne, se kap. 2755 post 73 Kiropraktorbehandling.

Dekning av reise og flytteutgifter

Tilskudd til reise og flytteutgifter ytes etter regelverk for refusjon innenfor gjeldende budsjettramme. Distrikts- og rekrutteringshensyn blir vektlagt.

Nærmere om turnustjenesten for leger

Et hovedformål med statlig organisering og finansiering av turnustjenesten for leger er å sikre en god kvalitet på turnustjenesten, opprette kvalitativt gode turnusplasser og bidra til forutsigbarhet for turnusstedene og turnuslegene.

Det er store variasjoner fra halvår til halvår når det gjelder antall medisinske kandidater som søker turnusplass. Antall påmeldte kandidater kan variere fra omlag 300 (turnusstart i februar) til over 500 (turnusstart i august). Hovedårsakene til dette er at universitetene i Trondheim og Tromsø utdanner kandidater kun hver sommer, mens Bergen og Oslo utdanner 2 ganger i året. Kandidater med utdanning fra utlandet varierer lite fra halvår til halvår. Konsekvensen er at enkelte kandidater må vente inntil et halvt år for å avtjene turnustjenesten. De som må vente har rett til turnusplass etter ventetiden.

I forbindelse med oppfølging av rapporten Behov for endringer i turnustjenesten for leger skal det i løpet av 2006 iverksettes og evalueres forsøksprosjekt med obligatorisk psykiatri i turnustjenesten for leger. Direktoratet har også fått i oppdrag å utvikle og iverksette en løpende evaluering av turnustjenesten på det enkelte turnussted. Dette for å sikre at gjennomføring av turnustjenesten er i samsvar med forskrift, retningslinjer og direktoratets målbeskrivelse.

Ordningen med gruppebasert veiledning for turnusleger i kommunehelsetjenesten omfatter nå alle fylkene. Veiledningen er et faglig supplement til den daglige veiledningen turnuslegen får. Denne veiledningen har bidratt til en god faglig skolering av fremtidens leger. Tiltaket har også fungert som en god rekruttering til kommunehelsetjenesten. Ordningen vil bli evaluert og utvidet med tanke på ytterligere styrking av fagområdene rus og psykiatri m.m.

Implementering av Europaparlaments- og rådsdirektiv 2001/19/EF – utvidet krav til veiledet tjeneste for å få adgang til å utøve selvstendig virksomhet som allmennlege innenfor en nasjonal trygdeordning

Som omtalt i St.prp. nr. 60 (2004–2005) Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2006 (kommuneproposisjonen), jf. Innst. S. nr. 245 (2004–2005), er rådsdirektiv 93/16/EØF (legedirektivet) endret som følge av at Europaparlaments- og rådsdirektiv 2001/19/EF (SLIM-direktivet) er innlemmet i EØS-avtalen. Endringene i legedirektivet innebærer at leger som ønsker å utøve selvstendig virksomhet som allmennlege innenfor en nasjonal trygdeordning, må ha gjennomført til sammen minst tre års praktisk veiledet tjeneste. Kravet til veiledet tjeneste er med dette utvidet fra minimum to år til minimum tre år. Et høringsnotat med forslag til nødvendige forskriftsendringer er sendt på alminnelig høring. Regelverket skal tre i kraft 1. januar 2006.

Det ekstra året med veiledet tjeneste kan allerede i dag gjennomføres ved at legen tiltrer en stilling som assistentlege ved sykehus og samtidig påbegynner en spesialistutdanning i et klinisk fag under veiledning av en legespesialist. Departementet foreslår at det ekstra året med veiledet tjeneste også kan gjennomføres ved at legen tiltrer en ledig fastlegehjemmel hvor det følger med et veiledningsopplegg. Denne løsningen vil være avgjørende for å opprettholde og styrke rekrutteringen av leger til den kommunale allmennlegetjenesten. Samtidig vil man unngå at alle leger som vil bli fastleger først må arbeide ett år på sykehus. Dermed unngår en også å redusere mulighetene for leger som vil starte en sykehusbasert spesialistutdanning.

Departementets forslag innebærer at kommunene må organisere en ettårig veiledningsordning, dersom legen som tiltrer fastlegehjemmelen kun har to års veiledet tjeneste. Departementet legger til grunn at størrelsen på godtgjørelsen til veiledere fastsettes i avtaleverket mellom KS og Den norske lægeforening, slik tilfellet er for veiledere for turnusleger. Disse ekstrakostnadene inngår ikke i dagens rammefinansiering til kommunene. Det foreslås at staten yter tilskudd til kommuner som må organisere veiledet tjeneste, på samme måte som det i dag gis statlig tilskudd til kommuner som mottar turnusleger.

Ut fra et antatt årlig behov for å tilsette omlag 200 nyutdannede leger i fastlegehjemler, vil det være behov for omlag 200 kvalifiserte veiledere hvert år. Som en minimumsløsning for å tilfredsstille kravene i direktivet, bør veiledningen utgjøre to timer per uke. Basert på eksisterende satser for godtgjørelse til turnusveiledere, er det beregnet å påløpe kostnader på om lag 10 mill. kroner til dette formål. I tillegg kommer utgifter til et obligatorisk kurs i regi av Sosial- og helsedirektoratet for veiledere og leger under veiledning, som foreslås å inngå som en del av den veiledete tjenesten. Opplæring i trygderett-/medisin og legemiddelfor-

skrivning vil være sentrale temaer her. Utgifter til dette formålet anslås å være om lag 3 mill. kroner.

Budsjettforslag for 2006

For 2006 foreslås 10 mill. kroner overført fra kap. 724 post 60 Tilskudd til rekrutteringsplanen til å dekke utgifter til implementering av utvidet krav til veiledet tjeneste for å få adgang til å utøve selvstendig virksomhet som allmennlege innenfor en nasjonal trygdeordning.

Jordmorutdanningen er omorganisert ved at høgskoleutdanningen er utvidet fra ett til to år. Den 1-årige turnustjenesten som Helse- og omsorgsdepartementet har hatt ansvar for, opphører i løpet av 2006. Departementet har forpliktet seg til å rammeoverføre midler til UFD. Det foreslås at 3,96 mill. kroner overføres til UFD.

For 2006 foreslås bevilget 146,8 mill. kroner til aktivitetene som er beskrevet ovenfor.

Post 70 Andre tilskudd (ny)

Bevilgningen er i 2005 gitt over kap. 724 post 21 Tilskudd til personell i allmennlegetjenesten og i tannhelsetjenesten og kap. 728 post 21 Andre driftsutgifter. Fra og med 2006 foreslås 36 mill. kroner til tilskudd til primærhelsetjenesten mv. gitt over denne posten. Når det gjelder bruk av midlene vises det til nærmere omtale under post 21 Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten mv.

Post 71 Tilskudd til Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap mv.

Nordiska högskolan for folkhälsovetenskap (NHV) er en institusjon som skal ivareta høyere utdanning og forskning innenfor området folkehelsevitenskap. Institusjonen tilbyr også etterutdanning, masterprogram og doktorgradsutdanning mv til helse- og sosialpersonell for å styrke kompetansen innen folkehelsearbeidet.

Det er stor interesse fra norske søkere om opptak til de ulike utdanningstilbudene. I 2004 var det flest søkere fra Norge, tidligere år har svenske søkere vært i flertall fra de nordiske landene.

Finansieringsmodellen for NHV er fra 2004 todelt. Grunnfinansieringen utgjør 30 pst. og fastsettes etter den nordiske nøkkelen av Nordisk Ministerråd. Virksomhetsfinansieringen utgjør 70 pst. av det totale budsjettet, og fordeles i forhold til hvor mange studentmåneder hvert enkelt land har benyttet i løpet av de tre siste årene forut for året da beregningen gjøres.

Eksamener fra NHV blir sidestilt med eksamener fra svenske høyskoler og universitet, og vil dermed også kunne inngå i de øvrige nordiske lands gradssystemer.

Det er også satt av midler til WHO-stipender som forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet. Videre gis også midler til standardiseringsarbeid og utprøving av nye odontologiske materialer til Nordisk institutt for odontologisk materialprøving (NIOM) fra denne posten, se for øvrig omtale under kap. 727 post 21.

Satsningsområder 2006

Det foreslås bevilget 13,671 mill. kroner til NHV, WHO-stipend og til NIOM.

Kap. 3724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
02	Gebyrinntekter		15 308	12 798
	Sum kap 3724		15 308	12 798

Post 02 Gebyrinntekter

De budsjetterte inntektene gjelder Statens autorisasjonskontoret for helsepersonell (SAFH). Gebyrene ble i 2005 økt til 670 for alminnelige søknader og til kr 1 010 for søknader om autorisasjon fra søkere som har avtjent turnustjeneste i Norge.

Fra 2003 ble gebyrene økt med sikte på at driften av SAFH i hovedsak skulle bli selvfinansiert. Dette viste seg å ikke skje, mest på grunn av synkende antall søknader etter overgangsforskriften

for de 11 nye yrkesgruppene som fikk profesjonsgodkjenning ved ikrafttredelse av helsepersonelloven fra 1. januar 2001. Overgangsordningen utløper 1. januar 2008, men det forventes ikke et stort antall nye søknader fra disse gruppene i årene fremover.

Kap. 0725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap 3725)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
01	Driftsutgifter	51 182	35 086	38 002
	Sum kap 0725	51 182	35 086	38 002

Som følge av innføringen av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen, jf. omtale i Gul bok 2006, er bevilgningsforslaget redusert med:
Post 01: 1 300 000 kroner

Overført fra 2004 til 2005:
Post 01: 1 029 000 kroner

Formål og hovedprioriteringer

Post 01 Driftsutgifter

Formål og hovedprioriteringer

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er et selvstendig forvaltningsorgan under Sosial- og helsedirektoratet. Senteret har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Kunnskapssenterets overordnete mål er å bidra til effektive, tilgjengelige, trygge og likeverdige helsetjenester ved å sette helsetjenesten og forvaltningen bedre i stand til å fatte beslutninger som kommer pasienter og befolkningen til gode. Kunnskapssenterets bidrag er å sørge for at forskningsbasert kunnskap er oppsummert på en systematisk måte og er tilgjengelig for alle som trenger det for å fatte beslutninger på ulike nivåer.

Kunnskapssenterets kjerneaktiviteter er kunnskapshåndtering og kvalitetsmåling. Forskning, undervisning og formidling er viktige aktiviteter som skal understøtte kjerneaktivitetene.

Senteret prioriterer problemstillinger der det er faglig uenighet, varierende praksis, usikkerhet om tiltakets nytteverdi, problemstillinger som omfatter store pasientgrupper eller alvorlige tilstander, som har stor interesse for allmennheten og tiltak som vil koste samfunnet store summer å ta i bruk eller investere i.

Resultatrapportering 2004

Sosial- og helsedirektoratet er Kunnskapssenterets største oppdragsgiver og har særlig etterspurt kunnskapsgrunnlag innen psykisk helsevern, folkehelsearbeid og screening i forbindelse med utvikling av nasjonale retningslinjer. De regionale helseforetakene, Statens legemiddelverk og helsepersonell er andre viktige bestillere.

Kunnskapssenteret har blant annet bidratt med utredninger om behandling og forebygging av influensa ved en verdensomspennende epidemi, organisering av behandling ved akutt hjerteinfarkt og vurdering av refusjon for parathormon ved osteoporose.

Kunnskapssenteret har i 2004 oppsummert forskningsbasert kunnskap i form av oversikter, metodevurderinger og varsling om nye metoder innenfor legemidler, diagnostikk, utstyr og prosedyrer. Spørsmål om effekt av behandling eller diagnostisering og kostnad-nyttevurderinger er særlig aktuelt.

Kunnskapssenteret har hatt ansvar for den norske delen av det nordiske Cochrane Centre og er redaksjon for Cochrane Methodology Review Group. Flere av Kunnskapssenterets prosjekter handler om å gjøre forskningsresultater tilgjengelig for publikum.

Innen kvalitetsmåling (monitorering) har Kunnskapssenteret blant annet gjennomført store pasienterfaringsundersøkelser (PasOpp) i somatiske og psykiatriske poliklinikker og kartlagt helsetilstand og bruk av helsetjenester blant barn og unge i Akershus.

Samarbeidet med Norsk intensivregister om utvikling av et individbasert kvalitetsregister er videreført.

Tilstandsvurdering

Kunnskapssenteret er nasjonal koordinator for arbeidet med de internasjonale databasene Cochrane Collaboration (helsetjenesten) og Campbell Collaboration (sosial- og velferdstjenestene).

Senteret arbeider for at kunnskapshåndtering får en plass i studieplanene for helsepersonell ved universiteter og høgskoler.

Innen kvalitetsmåling arbeider Kunnskapssenteret særlig med å innhente pasientenes erfaringer med spesialisthelsetjenesten (Pas-Opp-undersøkelsene).

Kunnskapssenteret støtter Sosial- og helsedirektoratet i arbeidet med å koordinere og videreutvikle nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

Globale helseutfordringer med vekt på problemstillinger i fattige land, utgjør en begrenset, men sentral del av Kunnskapssenterets aktiviteter, blant annet. gjennom samarbeid med NORAD og Verdens helseorganisasjon.

Satsingsområder for 2006

Kunnskapshåndtering

Kunnskapssenteret skal prioritere kunnskapsoppsummeringer om effekt av tiltak innen psykisk helse, rusomsorg og rusbehandling, folkehelse, screening og kreftbehandling.

Kunnskapssenteret skal følge opp intensjonene i St.meld. nr. 18 (2004–2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk og etablere seg som et myndighets- og produsentuavhengig organ for kunnskap og informasjon om effekt av legemidler. Aktiviteten skal konsentreres om effekt, bivirkninger og kostnad-nyttevurderinger av legemidler som vurderes for refusjon eller ved utarbeidelse av retningslinjer.

Kunnskapssenteret skal, i dialog med Sosial- og helsedirektoratet, Legemiddelverket og regionale helseforetak, etablere et system for å vurdere ny teknologi (legemidler, diagnostikk, utstyr og prosedyrer) før teknologien innføres i helsetjenesten.

Senteret skal bidra i arbeidet med å etablere nasjonale handlingsprogrammer for kreftbehandling i samarbeid med direktoratet og de kliniske fagmiljøene.

Kunnskapssenteret skal støtte de nasjonale medisinske kompetansesentrene i å etablere felles metoder for bruk av forskningsbasert kunnskap i rådgivning.

Videre skal Kunnskapssenteret bidra til å utvikle gode ordninger som sikrer tilgjengelighet og bruk av forskningsbasert kunnskap i primærhelsetjenesten.

Monitorering

Kunnskapssenteret skal utvikle sin rolle som et nasjonalt kompetansemiljø innen kvalitetsmålinger.

Senteret skal videreutvikle de nasjonale pasienterfaringsundersøkelsene i tråd med departementets beslutning. Det skal legges større vekt på hvordan resultater skal fremlegges og brukes.

Merknader til budsjett 2006

Det foreslås en styrking av driftsrammen med 1,75 mill. kroner til oppfølging av legemiddelmeldingen, jf. omtale ovenfor.

Bevilgningsforslaget er redusert med 1,3 mill. kroner som følge av innføringen av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen.

Kap. 3725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap. 725)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
03	Oppdragsinntekter	16 407	103	106
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	637		
18	Refusjon av sykepenger	677		
	Sum kap 3725	17 721	103	106

Post 03 Oppdragsinntekter

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har inntekter som finansierer ulike prosjekter innen kunnskapshåndtering og kvalitetsmåling.

Kap. 0726 Habilitering og rehabilitering og tiltak for rusmisbrukere

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 006
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 70*	22 382	34 201	19 140
61	Rehabilitering, helsetiltak for rusmiddelmisbrukere, *kan overføres*	46 151	54 912	
70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*			27 900
	Sum kap 0726	68 533	89 113	47 040

Som følge av innføringen av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen, jf. omtale i Gul bok 2006, er bevilgningsforslaget redusert med:
Post 21: 369 000 kroner

Overført fra 2004 til 2005:
Post 21: 1 158 000 kroner
Post 61: 1 874 000 kroner

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Habilitering og rehabilitering

Formål og oppgaver

Tjenester som ytes som ledd i en habiliterings-/rehabiliteringsprosess skal ivareta brukerperspektivet, være samordnet, tverrfaglige, planmessige, og gis så nær brukerens hjem og vante miljø som mulig. Habiliterings- og rehabiliteringstjenester skal gis til alle som har behov for sammensatt og koordinert bistand, både barn, unge og voksne, uavhengig av funksjonsnedsettelse og årsak til funksjonsnedsettelse. Dette er en oppfølging av St.meld. nr. 21 (1998–1999) Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk, og Stortingets behandling av denne.

Resultatrapport 2004

Habilitering av barn

I forbindelse med oppfølging av Strategiplan for habilitering av barn ble det i 2004 gitt støtte til 14 utviklingsprosjekt fordelt på alle helseregioner. De fleste prosjekt har som mål å bedre tilbudet om intensiv habilitering til barn og deres familier. Habiliteringsprosjektet i Vest-Agder, som har som mål å utvikle en ny norsk modell for intensiv habilitering, ble videreført i 2004 og skal etter planen avsluttes i 2006.

Barnenevrologisk seksjon ved Rikshospitalet (BNS) har startet arbeidet med å evaluere effekt av trening etter Doman-metoden. BNS har fått støtte til å ivareta rollen som «lokomotiv» for utviklingen innen barnehabilitering. Dette innebærer at BNS skal bidra med veiledning, både faglig og forskningsmessig, til de utviklingsprosjekt som igangsettes innen barnehabilitering. BNS skal videre være en pådriver for forskningsutvikling på feltet. Det ble satt av midler til videreutdanning i konduktiv pedagogikk i Tromsø. Studiet ble ikke igangsatt i 2004 på grunn av for få søkere.

Habilitering av voksne

Sosial- og helsedirektoratet ble bedt om å gjennomgå voksenhabiliteringstjenesten i Norge. Formålet er å klargjøre hvordan voksenhabiliteringstjenesten fungerer med hensyn til brukergrupper, innhold, kompetanse og samarbeid med andre deler av spesialisthelsetjenesten og øvrig hjelpeapparat. Sosial- og helsedirektoratet har bedt Nordlandsforskning om bistand. Arbeidet ble startet opp i 2004. Rapport ble avgitt 1. juli 2005.

Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR)

Avtalen med Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR) ble forlenget i 2004 i henhold til den femårige avtalen.

Det ble i 2004 gjennomført 13 etterutdanningskurs i rehabilitering og individuell plan, og er utarbeidet en nettbasert utdanning i individuell plan. Når det gjelder forsøks- og utviklingsarbeid, var hovedfokuset på gjennomføring av nettverkssamlinger i et kommuneprogram, med overordnet mål å framskaffe og formidle eksempler på god rehabiliteringspraksis, med særskilt fokus på individuelle planer, koordinerende enhet og kommunedelplaner for rehabilitering. Det har vært arrangert regionvise nettverkssamlinger med over 700 deltakere. Innenfor forskning rapporteres produktiviteten å ha vært god.

«Det nytter»-prisen

«Det nytter»-prisen, som har vært delt ut årlig siden 1990 til prosjekter innen sosial- og helsesektoren, legger vekt på brukermedvirkning, effektiv ressursutnyttelse og samarbeid på tvers av nivåer, etater og faggrenser. Førsteprisen gikk til Oslo kommune ved ti sykehjem og Ullevål universitetssykehus for et organisatorisk og faglig samarbeid om akutt syke sykehjemsbeboere.

Handlingsplanen Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede

Sosial- og helsedirektoratet har som oppgave å følge opp handlingsplanen, som ble lagt fram i desember 2002. Hovedhensikten med planen er samordning av tjenestetilbudet til hørselshemmede både tverrfaglig og tverretatlig. Våren 2004 ble det avholdt samhandlingskonferanser i alle helseregioner. Kompetansen er i stor grad konsentrert på 2. linjenivå. Det mangler fremdeles kompetanse i kommunene. En utfordring er å samordne eksisterende kompetanse, og å styrke kommunenes kompetanse på hørselsområdet. Likemannsordninger, som for eksempel Hørselshjelpordningen, er kjent i hele landet. Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med Det nasjonale læringsog mestringssenteret ved Aker universitetssykehus og Hørselshemmedes Landsforbund gjennomført en dagskonferanse om hørselshemmede og deres behov. Ved noen lærings- og mestringssentre er hørselshemmede og tinnitusrammede en del av målgruppen. Det har vært gjennomført en folkeopplysningskampanje. Hørselshemmedes Landsforbund har hatt ansvaret for utforming og gjennomføring av kampanjen. Kompetansenettverk for personer som helt eller delvis mister hørselen som voksne (ReSonare), ble sommeren 2002 igangsatt som et 3-årig modellforsøk. Gjennomføringen av forsøket er forankret i Utdanningsdirektoratet.

Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF)

Verdens helseorganisasjons klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) ble lansert i januar 2004 med nasjonal konferanse, utgivelse av bok, elektronisk versjon og brukerveiledning. Lanseringen ble fulgt opp med 5 regionale konferanser, deltakelse i internasjonalt prosjekt om kjernesett og stønad til prosjekter.

Tilstandsvurdering

Habiliteringstjenesten og rehabiliteringstjenesten har et bredt arbeidsfelt. For å ivareta alle oppgaver på en god måte er det behov for økte ressurser både i mange kommuner og innenfor spesialisthelsetjenesten. I bestillerdokumentet for 2005 til de regionale helseforetakene er det gitt uttrykk for at de regionale helseforetakene skal prioritere utviklingen av tilbudet innenfor rehabilitering og habilitering. Det går fram av bestillerdokumentet at de regionale helseforetakene skal sørge for rehabiliterings- og habiliteringstjenester til de pasienter som trenger det, herunder nødvendig utredning, kartlegging, trening, opplæring og veiledning av pasienter/pårørende og personell. Tiltak beskrevet i strategiplan for habilitering av barn skal følges opp. Det er presisert at det skal settes av tilstrekkelige ressurser til å ivareta funksjonshemmedes og kronisk syke barns behov for habiliteringstjenester. Veiledningsansvaret overfor familier med funksjonshemmede barn er understreket. Kapasiteten er forutsatt opprettholdt på minst samme nivå som i 2004. Det skal legges til rette for ambulante team i det omfang som er nødvendig. Det regionale helseforetaket skal, i samarbeid med kommunen, vurdere økonomisk og praktisk støtte til familier med funksjonshemmede barn for å kunne muliggjøre valg av treningsmetoder, herunder Doman-metoden. De regionale helseforetakene skal samarbeide slik at det blir størst mulig likhet i vurderingene, slik at barn med forholdsvis like problemstillinger blir behandlet mest mulig likt, uavhengig av hvor i landet de bor. Tilbudet til pasienter med alvorlig hodeskade skal styrkes. Veiledning til kommuner ved utflytting av unge personer fra eldreinstitusjoner skal ivaretas ved behov.

Midlene til utviklingsarbeid innen barnehabilitering for 2004 og 2005 har ført til igangsetting av en rekke prosjekter, med mål å bedre tilbudet om intensiv habilitering. Det er også andre områder innenfor barnehabilitering som trenger et kvalitativt og kvantitativt løft. En ser nå starten på en prosess som på sikt vil kunne gi et bedre tilbud til barn og unge med funksjonsnedsettelser og deres familier.

På bakgrunn av evaluering i 2003 er SKUR vedtatt videreført ut 2006. Forsøks- og utviklingsarbeid og forskning skal prioriteres. Etterutdanningen evalueres og gjennomgås i 2005 i forhold til erfaringer med programmet. For få personer som har rett til å få utarbeidet en individuell plan, har fått individuell plan. Sosial- og helsedirektoratet utarbeider veileder som vil være tilpasset ny forskrift om individuell plan. Kommuneprogrammet Samsynt og framsynt i regi av SKUR, vektlegger

kompetanseheving på rehabiliteringsfeltet, herunder å øke bruken av individuell plan.

På hørselsområdet er det manglende kompetanse i kommunene og innen hjelpemiddelformidlingen. Høreapparatformidlingen og høreapparattilpasningen er utilfredsstillende. Mange døve har profitert hørselsmessig på overgang til den nye generasjon høreapparat. Effekten av muligheten den nye teknologien kan gi, forutsetter godt koordinerte rehabiliteringstjenester både teknisk, medisinsk og pedagogisk. Cohlea-implantat vil skape endringer i behovene framover. Gjennom modellforsøket ReSonare er det framskaffet oversikt over omfanget av personer som må betegnes som døvblitte/sterkt tunghørtblitte. Ut fra erfaringer til nå i forsøket synes rehabiliteringsbehovet til døvblitte/sterkt tunghørtblitte å være omfattende og kompetansekrevende.

Arbeidet med implementering av den internasjonale klassifikasjonen ICF (Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemninger og helse) videreføres.

Det er gitt støtte til Cerebral Parese Foreningen for å arrangere tilrettelagte sommerleire for personer med cerebral parese med sammensatte funksjonshemninger på Eidene Senter i Vestfold.

Satsingsområder og mål i 2006

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker fortsatt å fokusere på habilitering av barn og styrking av rehabiliteringstilbudet til alvorlig hodeskadde. Tilbudet til synshemmede og helhetlig hørselsomsorg skal styrkes. Videre ønsker Helse- og omsorgsdepartementet å fokusere på voksenhabilitering, som oppfølging av St.meld. nr. 40 (2002–2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne. Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Sosial- og helsedirektoratet om å utarbeide utkast til en nasjonal plan for rehabilitering. Når planutkastet foreligger vil departementet utarbeide en ramme for utvikling av rehabiliteringsområdet.

Finansieringsansvar og bestilleransvar for opptreningsinstitusjonene, helsesportsentrene mv. og lungesykehusene skal overføres til de regionale helseforetakene fra 1. januar 2006.

Det vises til omtale under kap. 732 post 70.

Habilitering av barn

Barn og unge med kronisk sykdom og funksjonshemming trenger ofte et bredt og langsiktig habiliteringstilbud. Habilitering av barn vil fortsatt være et prioritert område. I sin innstilling til statsbudsjettet for 2005 uttalte sosialkomiteen følgende: «Komiteen vil understreke at foreldre med hjerneskadde barn som trenger habilitering, må sikres et likeverdig tilbud om råd og veiledning, uavhengig av bosted. Opprettelse av et kompetansesenter for habilitering av barn med hjerneskade ved Øverby-prosjektet på Gjøvik er et virkemiddel som bør vurderes i den sammenheng.»

Sosial- og helsedirektoratet peker på at landets barnehabiliteringstjenester, som er en del av spesialisthelsetjenesten og organisert innenfor helseforetakene, fungerer i dag som betydelige kompetansemiljøer. Habilitering av barn er et satsingsområde som i flere regioner følges opp med økte midler til utviklingsarbeid og til utvidelse av kapasiteten. Barnenevrologisk seksjon ved Rikshospitalet er tiltenkt en funksjon som «lokomotiv» for utvikling innen barnehabilitering i Norge. Sosial- og helsedirektoratet ser ikke at det er grunnlag for å etablere et eget kompetansesenter for habilitering av hjerneskadde barn. Sosial- og helsedirektoratet ser imidlertid behov for å styrke de kompetansemiljøene som allerede eksisterer rundt om i landet og som er en del av spesialisthelsetjenesten.

På bakgrunn av Sosial- og helsedirektoratets vurdering finner ikke departementet grunnlag for å opprette et kompetansesenter for habilitering av barn med hjerneskade ved Øverby-prosjektet. En mer langsiktig og varig faglig styrking av tilbudet innen barnehabilitering er viktig. Videreføring av igangsatte prosjekter vil bli prioritert. Nye habiliteringstilbud som utvikles gjennom disse prosjektene forutsettes videreført som varige tiltak innenfor de regionale helseforetakenes ramme. I det videre utviklingsarbeidet vil det bli satset på fortsatt utvikling av intensive habiliteringstilbud, utarbeiding av standardiserte oppfølgingsprogram, mer brukerrettet praksis, informasjonsarbeid rettet mot familier, bl.a. gjennom oppretting av en egen nettportal. «Lokomotiv»-funksjonen innen barnehabilitering forutsettes videreutviklet. Videreutdanning i konduktiv pedagogikk forutsettes igangsatt høsten 2005 ved Høgskolen i Tromsø, som en prøveordning, dersom det melder seg nok søkere.

I forbindelse med 2-årssatsingen i regi av Sosial- og helsedirektoratet knyttet til tilrettelegging av det kommunale tjenestetilbudet til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier, er individuell plan et viktig tema både i opplæringsprogrammet og på konferansene som skal holdes fylkesvis i 2006.

Habilitering av voksne

Helse- og omsorgsdepartementet mottok Sosial- og helsedirektoratets gjennomgang av voksenhabiliteringstjenesten 1. juli 2005. Det går fram av kartleggingen at voksenhabiliteringstjenesten fortsatt i stor grad er en tjeneste for personer med psykisk utviklingshemning. Det er derfor brukere med store behov, for eksempel voksne med cerebral parese, som ikke har mottatt tjenester fra voksenhabiliteringstjenesten. Det framgår av rapporten at mange innen målgruppen har behov for betydelig bedre oppfølging i flere deler av spesialisthelsetjenesten enn de får i dag. Voksenhabiliteringstjenesten er ulikt organisert, noe som kan føre til at tjenesten utvikler seg ulikt og gir ulike tilbud. Innholdet og kompetansen i voksenhabiliteringstjenesten er preget av de gruppene som det ytes tjenester til, primært psykisk utviklingshemmede. Sosial- og helsedirektoratet viser til at det er liten bredde i kompetansen, noe som gir begrensninger i forhold til å ivareta andre diagnosegrupper. Kompetansen er vernepleier-/miljøarbeiderdominert, og er preget av lav legedekning. Det er også mangel på psykologtjenester. Det er store ulikheter i henvisningsprosedyrer. Samarbeidet med andre deler av spesialisthelsetjenesten ser ofte ut til å være problematisk. Sosial- og helsedirektoratet vil arbeide videre med forslag til konkrete tiltak for habiliteringstjenesten for voksne, og herunder oppgavefordeling mellom voksenhabilitering og øvrig spesialisthelsetjeneste.

Helhetlig tjenestetilbud til mennesker med hørselshemninger

Sosial- og helsedirektoratet vil også i 2006 arbeide med å gjennomføre og følge opp tiltak i handlingsplanen Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede. Fokus vil være på videreføring av arbeidet med retningslinjer for hørselssentralene, «hørselshjelperordningen» sin rolle, oppfølging av tiltaksplanen for pleie- og omsorgstjenestene til eldre hørselshemmede, videreutvikling av læringsog mestringssentrene som arena i hørselsomsorgen, tverrfaglige oppfølgingsrutiner når det gjelder Cochlea implantat, videreføring av treårig modellforsøk i Nordland, oppfølging av initiativ vedrørende kompetanseheving når det gjelder de audiologifaglige yrkesprofesjonene. På bakgrunn av kapasitetsproblemer knyttet til operasjoner med Cochlea implantat, er det tatt initiativ til å øke den samlede kapasiteten. Rikshospitalet HF har landsfunksjon for Cochlea implantatoperasjoner for barn. I tillegg vil Rikshospitalet HF operere noen voksne. Haukeland Universitetssjukehus og St. Olavs hospital har et operasjonstilbud for voksne under oppbygging. Sosial- og helsedirektoratet har anslått behovet for operasjoner hos voksne til om lag 200 personer per år. Sosial- og helsedirektoratet er bedt om å utarbeide faglige retningslinjer for operasjoner med Cochlea implantat. En arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedirektoratet har avgitt rapport om behandlingstilbud for tinnitusrammede i juni 2005. Den påpeker at tilbudet er for dårlig i forhold til utredning, behandling og rehabilitering. Personer med tinnitus bør i utgangspunktet hjelpes på lavest mulig behandlingsnivå. Kommunenes ansvar vil være å oppdage behov, foreta grunnleggende utredning og behandling, henvise til spesialistbehandling og gi oppfølging under og etter behandling. Det er foreslått en rekke tiltak for å styrke kompetansen og bedre tilbudet til denne gruppen. Helse- og omsorgsdepartementet vil i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet vurdere egnet oppfølging av arbeidsgruppens forslag til tiltak.

Styrking av rehabiliteringstilbudet til mennesker med synshemminger

Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet et utkast til plan for rehabiliteringstilbudet, hvor det overordnede målet er at voksne synshemmede skal få dekket sine behov for rehabilitering uavhengig av bosted, og med tilstrekkelig kompetanse. Forslagene skal vurderes i forbindelse med Nasjonal plan for rehabilitering.

Tilbud til pasienter med alvorlig hodeskade

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag, i samarbeid med de regionale helseforetakene, å vurdere hva rehabiliteringstilbudet til mennesker med alvorlig hodeskade bør inneholde og hvordan det bør organiseres. Sosial- og helsedirektoratet er bedt om å planlegge hvordan en kan få til en styrking av tilbudet. Sosial- og helsedirektoratet har foreslått en trefase-modell for tjenestetilbudet, slik denne modellen er utviklet i bl.a. Danmark. Fase 1 innebærer tidlig behandling og tidlig rehabilitering. Denne funksjonen foreslås knyttet til hvert av sykehusene som har nevrokirurgisk enhet (Oslo, Bergen, Trondheim, Tromsø). Spesialisert rehabilitering i fase 2 foreslås knyttet til rehabiliteringsavdeling eller rehabiliteringssykehus i hver av de fem helseregionene. Det er en forutsetning at hver enhet får tilstrekkelig mange pasienter årlig til å utvikle og opprettholde kompetanse i tidlig spesialisert nevrorehabilitering. Rehabilitering etter sykehusopphold (fase 3) omfatter ambulant virksomhet, poliklinikk, senfasetilbud og kommunale tjenester.

Rehabilitering i forhold til mennesker med alvorlig hodeskade forutsettes tatt inn i Nasjonal plan for rehabilitering. Pasienter med alvorlig hodeskade får tjenester i alle helseregioner. Ullevål Universitetssykehus, Sunnaas sykehus og Spesialsykehuset for rehabilitering i Kristiansand gir tilbud til denne pasientgruppen i Helse Øst og Helse Sør. I Helse Vest gis det tilbud ved Haukeland universitetssjukehus og Nordåstunet. I Helse Midt-Norge er det tilbud ved St. Olavs Hospital, og ved Ålesund sykehus har en arbeidet med pasienter med alvorlig hodeskade i flere år. I Helse Nord er det tilbud ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. I alle regioner arbeider en med å utvikle tilbudet, og ser på tilbudene i Danmark som gode modeller. Ovennevnte forslag vil kunne bidra til en helhetlig utvikling og styrking av tilbudet til personer med alvorlig hodeskade i alle regioner.

Tilbud til mennesker med Huntington sykdom

Sosial- og helsedirektoratet ga sin tilråding om tilbudet til denne gruppen 1. juli 2005. På bakgrunn av Sosial- og helsedirektoratets tilråding vil det bli arbeidet videre med spørsmålet knyttet til boformer med heldøgns omsorg og pleie, veiledning og kompetansespredning og styrking av spesialisthelsetjenestetilbudet i samarbeid med brukerorganisasjonene.

Opptreningsinstitusjoner, helsesportsentra mv.

Det vises til omtale under kap. 732 post 70.

Post 61 Rehabilitering, helsetiltak for rusmiddelmisbrukere

Midler til lavterskel helsetiltak på 39,2 mill. kroner foreslås overført til kap. 761 post 63 i 2006. Midler til Gatehospital i regi av Frelsesarmeen på 10,3 mill. kroner foreslås overført til kap. 761 post 70. Resterende del av bevilgningen under posten foreslås overført til kap. 726 post 70. For resultatrapport 2004 og tilstandsvurdering vises det til de respektive kapitler og poster.

Post 70 Tilskudd

Tiltak for rusmiddelmisbrukere

Formål og oppgaver

Under denne posten gis en omtale av tiltak for rusmiddelmisbrukere, herunder legemiddelassistert rehabilitering og lavterskel helsetilbud. Bevilgning til lavterskel helsetiltak foreslås flyttet til kap. 761 postene 63 og 70. Bevilgningen på posten nyttes til utviklingsarbeid på rusområdet, så som enkelte tiltak innenfor legemiddelassistert rehabilitering, finansiering av Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved Universitetet i Oslo, evaluering av rusreformen og Narkotikaprogram med domstolskontroll. Under posten gis en generell omtale av Helse- og omsorgsdepartementets ansvar når det gjelder tiltak for rusmiddelmisbrukere. Det vises også til programkategori 10.60 når det gjelder kommunale rusmiddeltiltak og kap. 732 når det gjelder bevilgning til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Helhetlig behandling og rehabilitering er grunnleggende for å sikre rusmiddelmisbrukere et tilgjengelig og best mulig hjelpetilbud. Formålet med evalueringen av rusreformen er å undersøke hvorvidt rusmiddelmisbrukere gjennom reformen har fått et bedre og mer helhetlig tilbud. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er ett av flere aktuelle behandlingstilbud for rusmiddelmisbrukere. Formålet med LAR er å gi tungt belastede heroinmisbrukere en mulighet til å komme ut av sitt misbruk samt få videre behandlings- og rehabiliteringsinnsatser. Det er et stort behov for å styrke forskning og kompetanse på rusmiddelfeltet i Norge. Formålet med seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved Universitetet i Oslo, er undervisning, kunnskapsutvikling og forskning når det gjelder kliniske rusmiddelproblemer, herunder forskning i bruk av metadon og andre aktuelle legemidler.

Resultatrapport 2004

Legemiddelassistert rehabilitering

Som følge av rusreformen ble også LAR-sentrene fra 1. januar 2004 overført til de regionale helseforetakene. Virksomheten ved sentrene er definert som tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk og således en del av spesialisthelsetjenesten og organisatorisk lagt inn under ulike HF. Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø har regionale spesialistsentra med inntaks-, oppstart-, og veiledningsfunksjoner for sine respektive helseregioner. Helse Midt-Norge har organisert rusbehandling, herunder LAR-senteret i Trondheim, som eget helseforetak (Rusbehandling Midt-Norge HF). Helseregion Vest har også et eget tiltak for Rogaland. Helseregion Sør er organisert gjennom samarbeidsfunksjoner mellom Buskerud, Vestfold og Telemark og mellom Vest- og Aust-Agder. Etter rusreformen ble Senter for legemiddelassistert rehabilitering i Oslo (MARIO) delt i en statlig funksjon og en kommunal funksjon. Medikamentassistert rehabilitering i Helse Øst (MAR Øst) er, ved siden av å være regionsenter for helseregion Øst, nasjonalt kompetansesenter for legemiddelassistert rehabilitering. Den kommunale funksjonen

(MAR OSLO) har oppfølgingsansvaret for LAR-brukere i Oslo kommune. Fra 2004 inngår også kostnader til drift av sentrene samt legemiddelkostnadene i LAR i rammebevilgningen til de regionale helseforetakene, jf. kap. 732.

Rehabiliteringsarbeidet i LAR foregår i regi av kommunens sosial- og helsetjeneste. Stortinget sluttet seg i 2001 til en desentralisert modell for legemiddelassistert rehabilitering. Alle regioner har meldt om at modellen er implementert og i god utvikling, men med noen særlige utfordringer for de større byene, jf. kapittel 761 post 63 om kommunal oppfølging av rusmiddelmisbrukere i LAR. Det rapporteres om at stadig flere fastleger tar del i rehabiliteringsarbeidet.

Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved Universitet i Oslo avholder regelmessige regionsvise kurs i rusmiddelmedisin for leger og psykologer. Forskningsprosjektet Medikamentassistert abstinensorientert rehabilitering: Et alternativ til vedlikeholdsbehandling (Forsøk med nedtrapping ved bruk av legemidler til yngre heroinmisbrukere), ble igangsatt i 2002 og skal avsluttes i 2005.

Ved utgangen av 2004 var 3003 pasienter inntatt i legemiddelassistert rehabilitering – 522 flere enn ved forrige årsskifte. 475 personer stod på venteog søkerliste ved utgangen av 2004 – en nedgang på 75 personer sammenlignet med samme tidspunkt i 2003.

På landsbasis var fordelingen slik per 31.12.04:

Helseregion	Antall i behandling	Antall på venteliste	Antall på søkerliste
Øst	1552	60	55
Sør	627	77	54
Vest	568	79	44
Midt og Nord	256	98	8
Sum	3003	314	161

Kilde: Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, UiO/MAR ØST

En helhetlig evaluering av legemiddelassistert rehabilitering ble startet opp i 2003 og levert høsten 2004.

Tilstandsvurdering

Det har vært en betydelig økning i omfanget av rusmiddelbruk og antall rusmiddelmisbrukere de siste 10–15 årene. Fram til 2001 var det en kraftig økning i narkotikarelaterte dødsfall med en topp i 2001 på 338 dødsfall. Antallet har etter dette gått ned, de siste tre årene sett under ett. Satsingen på LAR og lavterskel helsetilbud antas å ha bidratt til denne reduksjonen.

Etter en kraftig økning i alkoholforbruket blant ungdom i siste halvdel av 1990-tallet, er det registrert en nedgang i 2004. Også når det gjelder narkotikabruk blant ungdom har det de siste årene vært en nedgang eller utflating. Det er nødvendig i større grad å styrke innsatsen for å forhindre rekruttering til det tunge misbruket. Barn av rusmiddelmisbrukere er også en forsømt gruppe. Antallet tungt belastede rusmiddelmisbrukere (sprøytemisbrukere) anslås ifølge SIRUS til å ligge mellom 11 000 og 15 000, og fra faginstansenes side anslås det at om lag 7000 er aktuelle for LAR. Andelen personer med behov både for behandling for rusmiddelmisbruk og psykisk lidelse er høy, og tjenestene lokalt og i spesialisthelsetjenesten er i dag ikke i tilstrekkelig grad faglig rustet til å gi adekvat behandling til denne gruppen. Helsetjenestene har gjennom iverksettelsen av rusreformen fra 2004 fått et tydeligere ansvar for både forebygging, behandling og skadereduksjon av rusmiddelbruk. Rapporter fra de regionale helseforetakene tyder på at det etter rusreformen og ved at pasientrettighetslovens bestemmelser har kommet til anvendelse ved tverrfaglig spesialisert behandling, har vært en klar aktivitetsøkning i sektoren, og det er registrert en økning i antall henvisninger til rusbehandling. Tilgjengeligheten til somatiske og psykiatriske tjenester for rusmiddelmisbrukere er dessuten bedret. Rapporter fra Helsetilsynet, Riksrevisjonen, SINTEF Helse og evalueringen av LAR har påvist mangler i det kommunale oppfølgingstilbudet til rusmiddelmisbrukere. Manglende ressurser til oppfølging gjør at innsatsen ikke blir satt inn tidlig nok og effekten av behandling i spesialisthelsetjenesten ikke utnyttes godt nok. En betydelig økning i antall LAR-pasienter medfører kapasitetsmessige og kompetansemessige utfordringer på alle nivåer.

Legemiddelassistert rehabilitering

Tilbudet om legemiddelassistert rehabilitering (LAR) var ved utgangen av 1998 landsdekkende. På det tidspunkt var det beregnet at 7–800 personer var aktuelle for substitusjonsbehandling i Norge. Etter dette har det årlig vært en jevn økning i antall personer i behandling. Ved første tertial 2005 var nærmere 3300 personer inkludert i LAR. Ytterligere 1200 har vært inkludert, men har av ulike årsaker avsluttet behandlingen. Det har siden 2001 vært mer enn en fordobling av antall i behandling.

Følgende tabell viser utviklingen når det gjelder antall i behandling på landsbasis fordelt på regioner i perioden fra 1998 og fram til første tertial 2005. Antall personer på vente- og søkerliste økte fram til 2000.

I behandling	1998	1999	2000	2001	2202	2003	2004	30.04.05
Øst	173	445	636	861	1106	1313	1552	1637
Sør	8	166	249	356	440	495	627	694
Vest	23	65	120	186	285	438	568	642
Midt/Nord	0	43	69	100	153	185	256	276
Sum	204	719	1074	1503	1984	2431	3003	3249

Kilde: Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, UiO/MAR ØST

Etter dette er det registrert en viss nedgang i antall på venteliste, men hovedbildet er et nokså stabilt antall på venteliste på i underkant av 500 personer. Helseregion Midt Norge som særlig har hatt lang ventetid, har oppnådd en markert nedgang i ventetid samtidig som behandlingsresultatene rapporteres å være gode.

Følgende tabell gir et bilde av utviklingen når det gjelder antall på vente- og søkerliste.

Venter	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	30.04.05
Øst	400	431	448	254	130	136	115	103
Sør	13	133	182	124	92	98	131	138
Vest	50	84	108	149	128	176	123	114
Midt/Nord	1	65	90	122	121	140	106	143
Sum	464	713	828	649	471	550	475	498

Kilde: Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, UiO/MAR ØST

Satsingsområder og mål i 2006

Regjeringen har lagt fram en ny handlingsplan mot rusmiddelproblemer for perioden 2006–2008. Som en oppfølging av handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005 er det utarbeidet årlige statusrapporter om rusmiddelsituasjonen. Siste rapport av juli 2005 kan vise til at mye av arbeidet for å redusere de sosiale og helsemessige skadene ved rusmiddelmisbruk har god effekt. Samtidig står vi overfor utfordringer på flere områder som vil bli fulgt opp i den nye handlingsplanen. Innenfor helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde vil særlig innsatsen på følgende områder bli prioritert i ny planperiode: Øke andelen misbrukere som ved hjelp av offentlige og private behandlings- og rehabiliteringstiltak kommer seg ut av misbruket eller får betydelig bedret livskvalitet. I samarbeid med justissektoren er det også et mål at flere innsatte rusmiddelmisbrukere får et tilpasset behandlings- og rehabiliteringstilbud.

Stortinget gjorde følgende vedtak 3. mars 2005 i samsvar med kontroll- og konstitusjonskomiteens innstilling om anmodningsvedtak i stortingssesjonen 2003–2004: «Komiteen er gjort kjent med at Regjeringen ikke ser seg i stand til å fremme sak for Stortinget i løpet av vårsesjonen 2005, og forutsetter at sak om en plan for å øke kapasiteten i behandlings- og rehabiliteringstilbudet til rusmiddelmisbrukere fremmes så snart som mulig i 2005».

Regjeringen vil innenfor rammen av den nylig fremlagte Handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006–2008, som ledd i oppfølgingen av evalueringen av legemiddelassistert rehabilitering, gjennom styringskanalen mot de regionale helseforetakene og forslag til bevilgningsmessig styrking i budsjettforslaget for 2006, følge opp Stortingets vedtak. En evaluering av rusreformen vil bli lagt fram ved utgangen av 2006. Sosial- og helsedirektoratet, som har fått i oppdrag å iverksette tiltak for gjennomføring av evalueringen, har etter utlysning gitt oppdraget til Rogalandsforskning. Evalueringen skal gi svar på hvorvidt rusmiddelmisbrukere som følge av rusreformen har fått et bedre og mer helhetlig tilbud. Samordning av tjenester, den nye henvisningsordningen og implementering av pasientrettighetene er sentrale temaer i evalueringen. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme nærmere tilbake til egnet oppfølging av evalueringen.

I bestillerdokumentet for 2005 til de regionale helseforetakene, er det gitt et klart budskap om at behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere og tilbudet innen psykisk helsevern skal styrkes. Det forutsettes at denne prioriteringen reelt gjenspeiles i de regionale helseforetakenes ressurs- og budsjettdisponering for 2005, slik at den prosentvise vekst innenfor rus og psykisk helsevern skal være sterkere enn innen somatikken. Regjeringen vil legge tilsvarende prioritering til grunn også i 2006. Kravet om større prosentvis vekst for rus enn somatikk vil bli gjort gjeldende for spesialisthelsetjenesten og regionale helseforetak også i 2006. Fylkeskommunene registrerte ikke ventelister og ventetider ved de tidligere fylkeskommunale behandlingstiltakene for rusmiddelmisbrukere på en enhetlig måte, og det foreligger derfor ikke sammenlignbare tall for ventelister og ventetider. Rapporter fra de regionale helseforetakene i 2004 viser store variasjoner i ventetid til de ulike behandlingstiltakene, fra en måned opptil ti måneder, bl.a. avhengig av om pasienten er rettighetspasient eller ikke. I løpet av 2005 vil Sosial- og helsedirektoratet, i samarbeid med Norsk Pasientregister, utarbeide et system for ventelisteregistrering på rusområdet som etter planen iverksettes fra 2006. Ventelisteregistreringen vil da være samordnet med øvrig ventelisteregistrering innen spesialisthelsetjenesten.

Etter iverksetting av rusreformen fra 2004, har det årlig vært en klar budsjettmessig styrking av bevilgningen til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk i regi av de regionale helseforetakene, jf kap. 732 for nærmere omtale.

I tillegg til kapasitetsmessig styrking, vil det etter rusreformen bli arbeidet videre med kvalitetsutvikling av det samlede behandlings- og rehabiliteringstilbudet til rusmiddelmisbrukere. Et strateginotat utsendt fra Helsedepartementet i juli 2004 «Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere. Perspektiver og strategier» og rapport med forslag til nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmisbrukere, vil være viktige bidrag i det videre utviklingsarbeidet på området. Et helhetlig, tilgjengelig og kvalitativt godt tilbud til rusmiddelmisbrukere, forutsetter et bredt register av gode kommunale tjenester. Flere rapporter og undersøkelser har imidlertid påpekt mangler ved tjenestene, herunder manglende oppfølging fra den kommunale sosialtjenesten og manglende ivaretakelse av rettssikkerheten. Det vises til programkategori 10.60 for nærmere omtale.

Legemiddelassistert rehabilitering

Resultatene fra en uavhengig og helhetlig evaluering av tilbudet om legemiddelassistert rehabilitering forelå i november 2004. Hovedfunnene er følgende: Systematisk rehabiliteringsinnsats og oppfølging av LAR-brukere gir resultater, blant annet ved at mange LAR-brukere er blitt bedre i stand til å dra nytte av andre tiltak og behandlingsformer, mange, men på langt nær alle LAR-brukere har kommet ut av belastet rusmiljø, antall overdoser er betydelig redusert – LAR har åpenbart reddet mange liv, og mange LAR-brukere har fått vesentlig bedre fysisk og sosial funksjonsevne og bedre livskvalitet. LAR anses således langt på vei som en vellykket strategi for rehabilitering av opiatavhengige og et utmerket skadereduserende tiltak. Evaluators beregning viser dessuten at nytte/kostnadsforholdet for LAR, sammenlignet med «ikke-LAR» er klart positivt i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Ifølge evalueringen har tiltaket imidlertid et klart forbedringspotensiale blant annet ved at resultater med hensyn til rusfrihet og rehabilitering varierer markert på landsbasis, og at ventetid til LAR varierer mye og er til en viss grad bostedsavhengig. Ventetid til LAR på evalueringstidspunktet var ifølge evalueringen generelt sett lang, varierende fra 1 år i Oslo til 2 år i Helse Midt/Nord. Det er også dokumentert store variasjoner i organisering, innhold, praksis og grad av behovsdekning. Ifølge evalueringen fremstår ikke LAR som et likeverdig tilbud i hele landet.

Sosial- og helsedirektoratet overleverte, som svar på oppdrag om å vurdere gjeldende regelverk og organisering av tilbudet, våren 2005 sin anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratets hovedanbefaling er integrering av LAR organisatorisk i helseforetakene (i tverrfaglig spesialisert behandling), alminneliggjøring faglig som del

av det generelle tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere og regulering gjennom samme lovgivning som annen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere. Forslaget innebærer at de særskilte inntaks- og utskrivingskriterier for LAR bortfaller og erstattes av faglig vurdering basert på opiatavhengighet, forsvarlighet og effekt av behandling. Det utarbeides faglige retningslinjer for utredning, behandling og rehabilitering. Hovedmodellen som et trekantsamarbeid (spesialist-fastlege-sosialtjeneste) videreføres.

Helse- og omsorgsdepartementet har etter dette avholdt en høringskonferanse med bred deltakelse fra tjenestene, organisasjoner og brukerrepresentanter. Høringsinstansene var gjennomgående opptatt av betydningen av kommunal oppfølging og forpliktende kommunal deltakelse i LAR. Når det gjelder framtidig regulering av tilbudet og anbefalingene fra Sosial- og helsedirektoratet, er synspunktene delte. Om lag halvparten støtter direktoratets anbefaling og ønsker integrering organisatorisk i helseforetakene og samme regulering som annen rusbehandling. Den andre halvparten ønsker i hovedsak å beholde dagens retningslinjer; særlig påpekt ble viktigheten av å opprettholde krav om at LAR med avhengighetsskapende medikamenter, ikke skal være førstevalget innen rusbehandling.

Det legges til grunn at kvalitet og kapasitet i LAR skal styrkes. Det er et mål at flest mulig som har behov for og nytte av det, skal få et behandlingstilbud og at LAR skal framstå som et bedre og mer tilgjengelig tilbud når det vurderes som aktuelt. Det framtidige LAR-tilbudet må dessuten i større grad framstå som et enhetlig tilbud nasjonalt.

Som oppfølging av evalueringen av LAR og de faglige anbefalinger som er gjort på bakgrunn av denne, vil Helse- og omsorgsdepartementet gi Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide faglige retningslinjer for LAR og for annen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere. Berørte aktører skal trekkes inn i dette arbeidet. De faglige retningslinjene vil særlig inkludere samordning mellom behandling i spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene.

I det kommende arbeidet vil en rekke problemstillinger få en bred gjennomgang, bl.a. vurdering av tiltak som kan sikre kommunal oppfølging, inklusive avveining mellom kommunale LAR-tiltak og andre kommunale tiltak overfor rusmiddelmisbrukere. Vurdering av tiltak for inntak og kontroll, samt hensynet til å unngå utilsiktede og uheldige vridningseffekter vil inngå.

Departementet vil arbeide ut fra at det skal fastsettes en egen forskrift. Denne vil kunne gi løsninger på ovennevnte problemstillinger, så langt disse ikke fanges opp av de faglige retningslinjer. Den lovmessige hjemlingen av forskriften vil bli nærmere vurdert. Faglige retningslinjer og en egen forskrift vil erstatte gjeldende rundskriv for LAR.

Kostnader ved aktuelle tiltak, herunder kommunale kostnader, vil bli kartlagt og vurdert i det kommende arbeidet med faglige retningslinjer og forskrift. Kommunenes merkostnader knyttet til endringer i LAR-opplegget kompenseres.

Arbeidet vil bli lagt opp og gjennomført i nært samarbeid med berørte aktører. Det tas sikte på at faglige retningslinjer og forskrift kan erstatte gjeldende rundskriv fra 1. januar 2007.

Narkotikaprogram med domstolskontroll (Drug Court)

Stortinget har i forbindelse med behandlingen av Ot.prp. nr. 81 (2004–2005) Om lov om endringer i straffeloven (prøveordning med narkotikaprogram med domstolskontroll), sluttet seg til Regjeringens forslag som gir grunnlag for forsøk med narkotikaprogram med domstolskontroll. Det vises også til St.prp. nr. 65 (2004–2005) og Stortingets tilslutning til forslag om tilleggsbevilgning i 2005 til oppstart av to pilotprosjekter annet halvår 2005. Narkotikaprogram med domstolskontroll er et individuelt tilpasset rehabiliteringsopplegg for tungt belastede rusmiddelmisbrukere som ledd i en strafferettslig reaksjon. Som vilkår for betinget dom kan retten fastsette at domfelte gjennomfører programmet. Programmet vil blant annet kunne inneholde et behandlingsopplegg for den enkelte deltaker i tillegg til andre tiltak som vurderes som viktig for den enkeltes rehabilitering og integrering i samfunnet. Narkotikaprogrammet har som formål å forebygge ny kriminalitet og fremme kontroll over rusmiddelmisbruket.

Budsjettforslag 2006

Regjeringen ser det som avgjørende å sikre god tilgjengelighet og kapasitet i det samlede behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere, samtidig som innholdet og kvaliteten i tilbudet bedres for derigjennom å oppnå bedre behandlingsresultater, reduksjon i antallet overdosedødsfall, reduksjon i helse- og sosialproblemer og bedret livskvalitet for den enkelte rusmiddelmisbruker. Utgangspunktet må være en helhetlig satsing der utfordringer når det gjelder kapasitet er et av flere viktige elementer. Samlet foreslås det over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett bevilget 113 mill. kroner til styrking og videreføring av følgende tiltak for rusmiddelmisbrukere i 2006:

På bakgrunn av foreliggende rapporter som tyder på en økning i antall personer som samlet sett henvises til og står på venteliste til behandling, foreslår Regjeringen å videreføre styrkingen av bevilgningen til de regionale helseforetakene som ble vedtatt i forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett i 2005 med i alt 51,6 mill. kroner.

Når det gjelder legemiddelassistert rehabilitering, har det de senere år vært en jevn økning i antall i behandling samtidig som antallet personer på venteliste fortsatt er høyt. Regjeringen ønsker å fortsette utbyggingen av tilbudet om legemiddelassistert rehabilitering slik at flere som kan ha nytte av et slikt tilbud får det. Det foreslås derfor å videreføre styrkingen av bevilgningen til formålet vedtatt i forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett i 2005 med i alt 30 mill. kroner. Med utgangspunkt i regnskapstall for 2004, vil dette gi en økning i antall inkluderte i LAR med om lag 600. Midlene fordeles på kap. 732 post 71–75, kap. 2752 post 70 og kap. 2755 post 70 og skal benyttes til økt behandlingskapasitet.

Når det gjelder oppfølging lokalt og i kommunene, foreslås også styrkingen av bevilgningen til tannhelsetilbud for rusmiddelmisbrukere under behandling i institusjon og tannbehandling som del av lavterskel helsetiltak og til frivillig rusmiddelforebyggende arbeid videreført, jf. nærmere omtale under programkategori 10.60.

Det foreslås avsatt 5 mill. kroner over kap. 726 post 70 til Helse- og omsorgsdepartementets andel av utgifter til Narkotikaprogram med domstolskontroll og gjennomføring av to pilotprosjekter i 2006. Midlene skal nyttes til stipulerte behandlingskostnader for anslagsvis 30 deltakere i 2006 samt kostnader til teamrepresentanter fra helse- og sosialsiden.

Kap. 0727 Tannhelsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
21	Forsøk og utvikling i tannhelsetjenesten, *kan nyttes under post 70*	14 668	16 538	7 808
70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*			44 800
	Sum kap 0727	14 668	16 538	52 608

Som følge av innføringen av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen, jf. omtale i Gul bok 2006, er bevilgningsforslaget redusert med:
Post 21: 1 059 000 kroner

Overført fra 2004 til 2005:
Post 21: 775 000 kroner

Post 21 Forsøk og utvikling i tannhelsetjenesten

Midler til tannhelsetjenesten er i 2005 budsjettet gitt over kap. 724 post 21 Tilskudd til personell i allmennlegetjenesten og i tannhelsetjenesten, kap. 724 post 60 Tilskudd til rekrutteringsplanen og kap. 727 post 21 Forsøk og utviklingsarbeid innen tannhelsetjenesten. Fra og med 2006 foreslås midlene på tannhelsetjenestefeltet samlet under kap. 727 Tannhelsetjenesten.

Formål og hovedprioriteringer med tilskuddene

Midlene under denne posten har som hovedformål å bidra til tilstrekkelig tilgang på kvalifisert tannhelsepersonell, sikker bruk av tannbehandlingsmaterialer, økt innsats på forebyggende tannhelsearbeid, sikre et godt tjenestetilbud og stimulere til organisatorisk utviklingsarbeid i fylkeskommunene. Det siste innebærer både fylkeskommunale prosjekter for utprøving av ulike organisatoriske modeller for samarbeid mellom privat og offentlig sektor og øvrig oppfølging av Tiltaksplan for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid. Det faglige samarbeidet på nordisk og europeisk nivå videreføres for bl.a. å utvikle bredere kunnskapsbasis på tannhelsefeltet.

Resultatrapportering 2004 og tilstandsvurdering 2005

Oppfølging av tiltaksplan for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid

De to siste årene har personellsituasjonen i den offentlige tannhelsetjenesten blitt bedret. Bedringen kan delvis forklares med en aktiv rekruttering av tannleger fra utlandet. Ved inngangen til 2005 utgjorde tannleger rekruttert fra Tyskland omlag 13–14 pst. av alle tannleger i offentlige sektor. I de kommende år står vi overfor en situasjon hvor avgangen av tannleger i offentlig og privat sektor samlet sett, på grunn av oppnådd pensjonsalder, vil være større enn tilveksten fra de norske utdanningsinstitusjonene. Det er også geografiske forskjeller i tannhelsetilbudet i de ulike landsdeler og fylker. Utfordringen blir å sikre at alle deler av landet har tilstrekkelig med tannhelsepersonell til å gi nødvendig tannhelsehjelp til hele befolkningen. I samarbeid med KS, Den norske tannlegeforening og Norsk tannpleierforening utarbeidet departementet i 2004 en tiltaksplan for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid.

Tiltaksplanen er omtalt i St.prp. nr. 1 (2004–2005) under kap. 724 post 21 Tiltak til personell i allmennlegetjenesten og i tannhelsetjenesten. Flere av tiltakene er basert på informasjons- og opplysningsarbeid rettet mot befolkningen og arbeidsgiversiden. Formålet er å oppnå bedre geografisk fordeling av tannhelsepersonell, en mer hensiktsmessig oppgavefordeling og samarbeid mellom offentlig og privat sektor. Iversettingen av tiltakene er så langt godt ivaretatt av de som har samarbeidet om planen. Sosial- og helsedirektoratet koordinerer deler av dette arbeidet. Den norske tannlegeforening har innhentet et bedre faktagrunnlag gjennom en praksisundersøkelse blant sine medlemmer. Undersøkelsen skal danne grunnlag for foreningens oppfølging.

Som en del av tiltaksplanen ble tilskudd til følgende tiltak videreført i 2005:

- Midler til kvalifiseringstiltak for tannleger med utdanning fra land utenfor EØS-området.
- Rekruttering av tannleger fra EØS-land i regi av A-etat i samarbeid med fylkeskommunene.
- Rekruttering av tannlegevikarer til kommuner/distrikter med spesielle problemer, som omfatter Sogn og Fjordane, Nordland, Troms og Finnmark.

Videre- og spesialistutdanning av tannleger

Det er en geografisk skjevfordeling av tannleger med klinisk spesialkompetanse. For å kunne påvirke fordelingen på landsbasis og sikre befolkningen nødvendig tilgang på spesialkompetanse, gis tilskudd til videre- og spesialistutdanning av tannleger ved universitetene i Oslo og Bergen og til desentralisert utdanning av spesialister ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter i Nord-Norge (TkNN). Spesialiststrukturen for tannleger er til vurdering i departementet. Før eventuelle endringer fastsettes, vil forslag bli sendt på høring til aktuelle instanser.

Øvrige tiltak til videreutdanning for tannhelsepersonell

Kurs i folkehelsearbeid for tannhelsepersonell ble gjennomført i studieåret 2003/2004. Nytt kurs gjennomføres i studieåret 2005/2006. Det er gitt midler til prosjektering/oppstart av et påbyggingsår for tannpleiere med 2-årig utdanning ved hhv Høgskolen i Tromsø og Universitetet i Oslo.

Etablering av regionale odontologiske kompetansesentra

Departementets tilskudd til etablering og drift av regionale odontologiske kompetansesentra skal sikre odontologiske spesialisttjenester i alle helseregioner og bidra til faglig utvikling av tannhelsetjenesten. Når slike sentra er kommet i drift vil tilskudd fra departementet knytte seg til desentralisert videre- og spesialistutdanning samt forskning og utviklingsarbeid. Tannhelsetjenestens kompetansesenter i Nord-Norge (TkNN) har i samme periode mottatt tilskudd til planlegging, prosjektering og utvikling og drift av senteret. Det har i 2004 og 2005 pågått et arbeid med å ferdigstille de avtaler som er hjemlet i en intensjonsavtale som ble inngått i 2003. Avtalene omfatter blant annet samlokaliseringen av TkNN i det kliniske bygget for tannlegeutdanningen, og statlige tilskudd til drift av kompetansesenteret. I 2005 ble det vedtatt at et regionalt kompetansesenter for Sør-Norge skal plasseres i Arendal, jfr. St.prp. nr. 65 (2004–2005). Kompetansesenteret skal lokaliseres til Sørlandet Sykehus Arendal. Det er gitt tilskudd i 2005 til Aust-Agder fylkeskommune for å starte prosjektering, investering og utviklingsarbeid for etablering av senteret. Det ble sommeren 2005 inngått en intensjonsavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Aust-Agder fylkeskommune om etablering og drift av kompetansesenteret. Det har i 2004 og 2005 pågått et arbeid med å avklare den videre prosessen omkring planleggingen av et regionalt kompetansesenter i Midt-Norge.

Tannbehandlingsmaterialer

Det er gitt tilskudd både i 2004 og 2005 til prosjekter/aktiviteter i regi av Nordisk institutt for odontologisk materialprøving (NIOM). Tilskuddene skal bidra til bruk av sikre og holdbare tannbehandlingsmaterialer. Videre er midler gitt til drift av Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer (BVG). BVG utreder bl.a. pasienter som antar at deres helseplager skyldes tannfyllingsmaterialer. I 2004 og 2005 gjennomføres en evaluering av Bivirkningsgruppens virksomhet. Evalueringen omfatter pasientevaluering, evaluering av organisasjonen i forhold til mål, rammer og mandat og en overordnet vurdering av samfunnsnytten av en organisasjon som Bivirkningsgruppen.

Sikkerheten ved bruk av tannbehandlingsmaterialer og tannlegeutstyr vurderes kontinuerlig. Sosial- og helsedirektoratet utga i 2003 nye retningslinjer for bruk av tannbehandlingsmaterialer. Disse vil bli revidert ved behov. I 2005 gjøres det en kunnskapsoppsummering på fagfeltet og arbeidet med en veileder for utredning av pasienter som antar at deres helseplager skyldes tannfyllingsmaterialer blir påbegynt. For å ivareta sikkerhet på materialer/utstyr kan man bl.a. utføre produkttesting. På nordisk nivå har departementet tatt initiativ til et samarbeid mellom de statlige helsemyndigheter for å opprette en felles produktdatabase for odontologiske biomaterialer med hensikt å bidra til sikker bruk av tannfyllingsmaterialer. Det er også tildelt midler i 2004 og 2005 for å videreføre et nordisk prosjekt for testing av holdbarhet på «hvite fyllinger» (KVIT-prosjektet).

Som et ledd i oppfølgingen av Miljøverndepartementets handlingsplan for å redusere utslipp av kvikksølv fra 2005, er det igangsatt et arbeid med å vurdere eventuelt forbud mot bruk av tannfyllingsmaterialer som inneholder kvikksølv (amalgam), og medisinsk utstyr. Sosial- og helsedirektoratet deltar i dette arbeidet.

Utviklingstiltak i fylkeskommunene

Ett av tiltakene i tiltaksplan for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid er utviklingstiltak i fylkeskommunene. Tilskuddet ble etablert i 2003 er gradvis økt hvert år. Midlene skal benyttes til planlegging og utprøving av ulike driftsformer innenfor dagens rammeverk. Formålet er en mer hensiktmessig oppgavefordeling mellom tannleger og tannpleier og et formalisert samarbeid mellom offentlig og privat sektor. Erfaringer fra slike prosjekter skal samles i en erfaringsbank.

Forebyggende tannhelsearbeid og kartlegging av tannhelseforhold

Tannhelsetilbudet som ble gitt i en forsøksordning med utvidet tannhelsetilbud til nye grupper (gjennomført i Hedmark, Vest-Agder og Nord-Trøndelag), er videreført i 2004 og 2005. De nye gruppene var: Brukere av andre kommunale hjemmetjenester enn hjemmesykepleie, personer med et pleiebehov som ivaretas av pårørende, personer i rusmiddelomsorgen og personer under psykisk helsevern. Erfaringer fra forsøksordningen viser og dokumenterer store tannhelseproblemer og stort behov for tannbehandling hos de gruppene som deltok i prosjektet. Vurderingen av om tannhelsetilbudet gitt til gruppene i forsøksordningen skal bli en landsomfattende ordning vil bli vurdert i forbindelse med oppfølgingen av NOU 2005: 11 Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Tilbudet i prosjektet videreføres inntil aktuell oppfølging er iverksatt. Når det gjelder tannhelsetilbud til pasienter i rusinstitusjon og i kommunale lavterskeltilbud, vises det til omtale under kap. 761 post 63 Tilskudd til rusmiddeltiltak.

Det er siden 2003 gitt tilskudd til gjennomføring av prosjektet «Tenner for livet – ny giv i helsefremmende og forebyggende arbeid». Det er foretatt en nasjonal kartlegging av tannhelsen blant sykehjemsbeboere. Prosjektet er planlagt avsluttet i 2005, men satsing på helsefremmede og forebyggende tannhelsearbeid vil videreføres på lokalt nivå.

Bred utredning på tannhelsefeltet

Et offentlig utvalg ble oppnevnt våren 2004. Mandatet til utvalget var å utrede det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Innstillingen ble avgitt 16. juni 2005 som NOU 2005: 11 Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet – Et godt tilbud til de som trenger det mest. Utredningen er sendt på høring med frist for uttalelse 1. november 2005. Departementet vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte med forslag om oppfølging etter oppsummering og behandling av høringssvarene.

Satsingsområder og resultatmål for 2006

Oppfølging av Tiltaksplan for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid

- Midler til rekruttering av tannleger fra EØS-land i regi av Aetat i samarbeid med fylkeskommunene foreslås videreført. Rekruttering av tannleger fra de nye EU-landene vurderes nærmere i 2006 dersom tilgangen på tannleger fra Tyskland avtar.

- Kvalifiseringstiltak for tannleger med utdanning utenfor EØS-området videreføres i 2006 på egnet måte, avhengig av antall søkere og deres kvalifikasjon. Tiltaket rettes primært mot søkere som bor eller oppholder seg i Norge.
- Vikarordningen for tannleger. Det foretas årlig en vurdering av hvilke distrikter/fylker ordningen skal gjelde for, og betingelsene for ordningen.
- Midler til ulike utviklingstiltak i fylkeskommunene.
- Informasjon og opplysningsarbeid rettet mot befolkning, tannhelsepersonell og arbeidsgivere. Den Norske tannlegeforening, Norsk tannpleierforening og KS samarbeider med Sosial- og helsedirektoratet.

Videre- og spesialistutdanning av tannleger

Midler til videre- og spesialistutdanning av tannleger videreføres. For å bedre den geografiske fordelingen vil desentraliserte utdanningsprogrammer ved kompetansesentre prioriteres ved eventuell økning av tilskuddene. Det er også behov for tannleger med videre- og spesialistutdanning som kan tiltre stillinger i de regionale odontologiske kompetansesentrene som er under etablering. Videre skal midlene bidra til å sikre lærestedene tilgang på tannleger med dobbeltkompetanse (forskerkompetanse og klinisk spesialkompetanse) der det forventes stor aldersavgang blant vitenskapelig ansatte.

Øvrige tiltak til videreutdanning for tannhelsepersonell

Midler til drift av kurs i folkehelsearbeid for tannhelsepersonell vil bli nærmere vurdert i 2006. Midler kan også nyttes til utvikling av videreutdanningstilbud for tannpleiere.

Etablering av regionale odontologiske kompetansesentra

Tilskudd til Tannhelsetjenestens kompetansesenter i Nord-Norge (TkNN) vil følge avtaler som skal inngås mellom Troms fylkeskommune og Helse- og omsorgsdepartementet etter hvert som disse ferdigstilles. Inntil avtalene er klare gis tilskudd til prosjektbasert utvikling og drift av kompetansesenteret. Tilskudd til videre planlegging og etablering i Arendal foreslås økt til 4 mill. kroner. Når det gjelder planleggingen av etableringen av et kompetansesenter i Midt-Norge, vil fremdriften avklares med Sør-Trøndelag fylkeskommune.

Tannbehandlingsmaterialer

Det foreslås å videreføre tilskudd til prosjekter, standardiseringsarbeid og etablering av en nordisk produktdatabase for å bidra til bruk av sikre og holdbare tannbehandlingsmaterialer. Når evalueringen av Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer foreligger, vil resultatene danne grunnlaget for en vurdering av fremtidig tilskudd til dette arbeidet.

Kvalitetsindikatorer for tannhelsetjenesten

Arbeidet med å utvikle kvalitetsindikatorer for tannhelsetjenesten ble påbegynt i 2005 og videreføres i 2006. Hensikten er å utarbeide gode indikatorer som kan dokumentere kvaliteten på tjenestetilbudet som ytes. Indikatorene skal være et virkemiddel både for brukerne, eierne, fagmiljøer og politikere i arbeide med å utvikle og gi en tjeneste av god kvalitet.

Post 70 Tilskudd

Bevilgningen er i 2005 gitt over kap. 724 post 21 Tilskudd til personell i allmennlegetjenesten og i tannhelsetjenesten, kap. 724 post 60 Tilskudd til rekrutteringsplanen og kap. 727 post 21 Forsøk og utvikling i tannhelsetjenesten. Fra og med 2006 foreslås 44,8 mill. kroner fra disse bevilgningene til sammen overført til denne posten.

Kap. 0728 Forsøk og utvikling mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
21	Spesielle driftsutgifter	138 083	115 837	66 783
70	Tilskudd			19 900
	Sum kap 0728	138 083	115 837	86 683

Som følge av innføringen av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen, jf. omtale i Gul bok 2006, er bevilgningsforslaget redusert med:
Post 21: 7 398 000 kroner

Overført fra 2004 til 2005
Post 21: 3 931 000 kroner

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Hovedformålet med posten er å bidra til et bedre kunnskapsgrunnlag for helsetjenesten. Det foreslås bevilget 66,7 mill. kroner for 2006. Nedenfor omtales enkelte av prosjektene som vil bli finansiert innenfor bevilgningen i 2006. Det foreslås at 35,623 mill. kroner som går til primærhelsetjenesten mv. flyttes til kapittel 724 post 21 Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten mv.

Kvalitets- og styringsinformasjon

Norsk pasientregister

Norsk pasientregister (NPR) er i dag etablert som et avidentifiserbart register med konsesjon fra Datatilsynet. Registeret har som formål å gi grunnlag for administrasjon, styring og finansiering av spesialisthelsetjenesten. NPR eies av Helse- og omsorgsdepartementet og driftes av SINTEF Helse.

Dagens avidentifiserbare registerform legger begrensninger i nytteverdien av NPR som informasjons- og planleggingsverktøy for spesialisthelsetjenesten, herunder muligheten for å kontrollere datakvaliteten. For at NPR skal bli et egnet verktøy for å bedre kvaliteten i helsetjenesten har Helse- og omsorgsdepartement foreslått å utvide registerets formål til å omfatte epidemiologisk og klinisk forskning, og til å danne grunnlag for sykdoms- og kvalitetsregistre. Denne typen forskning er et nødvendig grunnlag for kvalitetssikring av pasientbehandlingen og for planlegging og utforming av helsepolitikken. For å ivareta disse formålene på en tilfredsstillende måte foreslås at NPR etableres som et personidentifiserbart register uten samtykke.

Helse- og omsorgsdepartementet sendte i september 2005 på høring et forslag om å etablere NPR som et personidentifiserbart register uten samtykke. Forslaget innebærer at det må gjennomføres en endring i helseregisterlovens § 8 tredje ledd. Etter planen skal saken legges fram for Stortinget våren 2006.

SAMDATA

SAMDATA prosjektet gir styringsinformasjon til beslutningstakere og andre aktører innen spesialisthelsetjenesten. Prosjektet gir datagrunnlag, indikatorer og analyser av utviklingstendenser innen spesialisthelsetjenesten. Prosjektet gjennomføres ved SINTEF Helse, som publiserer årlige rapporter om utviklingen.

Kvalitetsindikatorer og medisinske kvalitetsregistre

Nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten ble etablert i 2003. I februar 2005 ble det publisert data for 15 ulike indikatorer, der 9 omfatter somatiske sykehus og 6 psykisk helsevern. I 2005 blir tre nye indikatorer innenfor psykisk helsevern implementert i kvalitetsindikatorsettet. Seks nye indikatorer innenfor somatikk vurderes.

Kvalitetsinformasjonen, sammen med informasjon om ventetider, inngår i grunnlaget for pasienters rett til fritt sykehusvalg. I tillegg skal data og resultater være et grunnlag for kvalitetsarbeid, gi ledelses- og styringsinformasjon for ledere og beslutningstakere på ulike nivå, og bedre faktagrunnlaget for den offentlige debatt om sykehusenes situasjon og utvikling.

Sosial- og helsedirektoratet skal videreføre og videreutvikle systemet med nasjonale indikatorer innenfor spesialisthelsetjenesten i 2006. Målet er å få flere indikatorer som fokuserer på resultat av behandling. Flere områder av helsetjenesten skal omfattes, herunder helsetjenesten til rusmiddelmisbrukere (jf. omtale under kap. 726 post 21), pleie- og omsorgssektoren (jf. omtale under kap. 0761 post 21) og primærhelsetjenesten (jf. omtale under kap. 724 post 21).

Målet med medisinske kvalitetsregistre er kvalitetssikring og forbedring av de helsetjenester som ytes. Regionale helseforetak har fått i oppdrag å etablere hvert sitt nasjonale kvalitetsregister i 2004 og 2005 (jf. omtale under kap. 732).

Det er et mål å etablere nasjonale medisinske kvalitetsregistre innen alle viktige medisinske fagområder ved sykehusene. Sosial- og helsedirektoratet har ansvar for å sikre nasjonal samordning ved etablering av nye og videreføring av etablerte registre.

Faglige retningslinjer

Faglige retningslinjer er faglige råd utarbeidet etter internasjonalt anerkjente metoder som skal være et hjelpemiddel for de avveininger helsepersonell skal gjøre for å yte forsvarlige og riktige helsetjenester.

Sosial- og helsedirektoratet er tillagt ansvaret for utforming, kvalitetssikring og formidling av faglige retningslinjer for helsetjenesten. En liste over prioriterte retningslinjer utformes i 2005, samt etablering av en database for faglige retningslinjer i Norge. Databasen skal bidra til formidling og implementering av de faglige retningslinjene, og til enhver tid gi oversikt over retningslinjenes oppdatering og status. Databasen skal også gi nødvendige linker til andre lands databaser for faglige retningslinjer.

Faglige retningslinjer er et prioritert område for utvikling av kvalitet på helsetjenestene. Databasen med faglige retningslinjer må utvikles gjennom tilførsel av et betydelig antall nye retningslinjer i 2006 og de nærmeste årene, samtidig som eksisterende retningslinjer regelmessig revideres.

Trygge tjenester – forebygging av uønskede hendelser i helsetjenesten

Et viktig element i kvalitetsarbeid som skal bidra til gode og sikre helsetjenester er meldeordninger der tjenesten melder uønskede hendelser til felles enhet, og der det skjer en lokal oppfølging av informasjonen med sikte på å lære av, og forebygge liknende hendelser. Meldesystemene kan også ha andre formål, for eksempel tilsyn. En slik ordning er meldeplikten som er knyttet til Statens helsetilsyn; der spesialisthelsetjenestelovens § 3,3 pålegger meldeplikt om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av utøvelse av helsetjeneste. Også hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade skal meldes.

I statsbudsjettet for 2005 redegjorde Helse- og omsorgsdepartementet for arbeid med videreutvikling av meldesystem, herunder Sosial- og helsedirektoratets forslag om å innføre et nasjonalt system for registrering, analyse og forebygging av uønskede hendelser og feilbehandling i somatiske sykehus. Departementet har mottatt et foreløpig forslag til et meldesystem for uønskede hendelser, med hovedformål å fremskaffe læringsinformasjon for forbedringsarbeid i helsetjenesten. I utkastet foreslås det et nytt nasjonalt pasientsikkerhetsregister som skal inkludere alle uønskede hendelser som har betydning for pasienters sikkerhet, som har læring som formål og er «ikke-straffende» ved at opplysningene ikke skal kunne brukes eller gjøres tilgjengelige for påtale- eller tilsynsformål.

Eventuell etablering av et slikt register må sees i sammenheng med den nåværende meldeplikten som er hjemlet i spesialisthelsetjenestelovens § 3,3. Sosial- og helsedirektoratet og Statens helsetilsyn har hatt kontaktmøter i utredningsarbeidet. I arbeidet har de blant annet sett på likheter og forskjeller mellom de to ordningene, og vurdert hensiktsmessigheten med å ha felles portal. Statens helsetilsyn konkluderer i sitt arbeid med at selv om utgangspunktet for meldeordningene er likt – å lære av uønskede hendelser, har meldeordningene klare ulikheter med hensyn til meldingskilder, meldingsinnhold, meldingsbehandling og meldingsformål. Både Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet ønsker på sikt en felles portal av de to ordningene, men peker samtidig på en rekke spørsmål som må finne en avklaring.

Helse- og omsorgsdepartementet legger vekt på at bruk av meldinger skal bli et bedre brukt redskap for å utvikle gode og sikre tjenester. Samtidig legger departementet vekt på at virkemidlet må brukes på en koordinert måte. Dette innebærer blant annet at det skal være enkelt for tjenesten å forholde seg til meldeordningen. Ideelt sett bør tjenesten kunne forholde seg til én meldeordning for forebygging og læring av feil. Videre må ordningen være utformet slik at den er koplet til helsetjenestens egne systemer for å lære av feil og utvikle god praksis. En meldeordning må derfor ha god lokal forankring og fremstå som et verktøy som er enkelt og nyttig å bruke for helsetjenesten selv.

Ut fra de vurderingene som så langt er medtatt, mener departementet at det er behov for nærmere avklaring av forholdet mellom de to meldesystemene. Departementet har satt i gang et prosjekt, der blant annet Sosial- og helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og de regionale helseforetakene deltar, med sikte på å utvikle og etablere ett meldesystem for uønskede hendelser som er enkelt for helsetjenesten å forholde seg til og som fremmer læring lokalt. Inntil nye tiltak er gjennomført vil departementet legge vekt på og understøtte at

eksisterende meldeordning (§ 3,3) best mulig skal understøtte gode og sikre tjenester.

Evaluering av sykehusreformen

Departementet har iverksatt en tredelt evaluering for å belyse og vurdere sykehusreformens virkninger, egnethet og resultater. En prosessevaluering av sykehusreformen ble sluttført i april 2005. Evalueringen har hatt fokus på effektivitet og kommunikasjon i styringssystemet, hvordan staten som eier og myndighetsutøver har utøvet sin funksjon, og hvordan regionale helseforetak har forholdt seg til ny eierstruktur, foretaksmodellen og den overordnede politiske styringen

I 2005 gjennomføres en evaluering som har til formål å belyse helseforetaksmodellens egnethet både helhetlig og i forhold til enkeltstående sentrale egenskaper ved modellen. Dimensjoner som belyses, er blant andre eier/myndighetsdimensjonen, bestiller/utførerdimensjonen, kostnadskontroll og demokratieffekt.

Det tredje tiltaket er en resultatevaluering, administrert av Norges forskningsråd, som skal evaluere reformens resultater på sykehusenes hovedoppgaver. Departementet vil komme tilbake med hovedresultater fra evalueringen i statsbudsjettet for 2007, ut fra hvor langt evalueringen er kommet.

Kommersialisering av innovasjon i helsesektoren

Departementet har i samarbeid med Nærings- og handelsdepartementet finansiert driften av Nasjonalt senter for innovasjonsbistand og næringsutvikling i helsesektoren (InnoMed) ved SINTEF Helse. Formålet med InnoMed har vært å styrke verdiskapningen og konkurransekraften i norsk helseindustri, samt forbedre helsetjenesten ved å bidra til at det produseres bedre produkter og tjenester for helsesektoren. Avtalen om drift av InnoMed er utgått. På bakgrunn av en rapport fra Sosial- og helsedirektoratet har departementet gitt direktoratet i oppdrag å ta det overordnede ansvaret for det fremtidige arbeidet med kommersialisering av innovasjon i helsesektoren. For å sikre at det nye InnoMed får en klarere forankring inn mot helsetjenesten har direktoratet opprettet et nytt sekretariat tilknyttet Helse Midt-Norge RHF. Direktoratet har opprettet et programstyre, og det nasjonale nettverket med regionale innovasjonsrådgivere videreføres.

Medisinsk nødmeldetjeneste og felles nødnett

Sosial- og helsedirektoratet er konsesjonær av helseradionettet på vegne av helsetjenesten, og tildeler tilskudd til drift av radionettet til helseforetakene. Direktoratet har ansvar for vedlikehold og videreutvikling av kravspesifikasjoner, testing av utstyr, samarbeid med andre nødetater og fagutvikling innen feltet.

Direktoratet tildeler tilskudd til nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom). KoKom har som hovedoppgave å monitorere og videreutvikle medisinsk nødmeldetjeneste, dvs. det landsdekkende, organisatoriske og kommunikasjonsteknologiske systemet for kommunikasjon innen helsetjenesten.

Stortinget vedtok i desember 2004 å bygge ut et felles digitalt nødnett med brannvesen, politi og helsetjenesten som kjernebrukere. Det første utbyggingsområdet omfatter Østfold, Oslo, Akershus og søndre del av Buskerud. Første område skal være utbygget innen utgangen av 2006. Intensjonen er et landsdekkende nødnett innen 2009. Sosial- og helsedirektoratet ivaretar helsemyndighetenes oppgaver ved utbyggingen av et felles digitalt nødnett.

Datatilsynet ga i mars 2004 varsel om pålegg om kryptering av helseradionettet av hensynet til personopplysningsloven. På grunn av vedtak om realisering av nytt digitalt radionett for nødetatene har Datatilsynet, som en midlertidig ordning, godtatt bruk av mobiltelefon for kommunikasjon av personidentifiserbare opplysninger.

Forsøksprosjekt for spesialistutdanning av leger

I regi av NTNU i Trondheim og Universitetet i Oslo blir det utprøvd nye undervisningsformer i spesialistutdanningen av leger. Det tas i bruk undervisning i små grupper, nettbasert undervisning og ferdighetslaboratorier. Forsøkene ble igangsatt i 2003 og omfatter åtte spesialiteter (barne- og ungdomspsykiatri, psykiatri, anestesiologi, barnesykdommer, geriatri, patologi, fordøyelsessykdommer og klinisk farmakologi). I 2006 vil midlene bli brukt til å fullføre forsøkene, samt evaluere og implementere de vellykte delene i den ordinære spesialistutdanningen.

Kompetansenettverk for sykehusplanlegging

Målsettingen med kompetansenettverket er å oppdatere kunnskap fra norsk og internasjonal sykehusplanlegging, samt systematisere og gjøre kunnskapen tilgjengelig. Tjenesten skal bidra til faglig god og effektiv planlegging, utvikling og utbygging

av sykehus. Målgruppen er primært planleggere, utbyggere, regionale helseforetak, helseforetak og statlig godkjenningsmyndighet.

Behandling av overvekt og fedme

Overvekt og fedme er risikofaktorer for en rekke sykdommer og plager. Forebygging anses for å være blant de viktigste tiltakene og inngår i det generelle folkehelsearbeidet, jf. kap. 719 Folkehelse. I tillegg trenger personer med alvorlig overvekt gode behandlingstilbud i helsetjenesten.

På oppdrag for departementet har Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet rapporten Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten. Som et ledd i oppfølgingen av rapporten ble de regionale helseforetakene gjennom styringsdokumentet for 2004 og bestillerdokumentet for 2005 pålagt å utvikle regionale og flerregionale behandlingstilbud til denne pasientgruppen. Det har ført til at alle regionale helseforetak i dag tilbyr kirurgisk behandling, og at de fleste har iverksatt eller har under planlegging behandlingstilbud som er mer langsiktig og livsstilsorientert.

I tillegg har Sosial- og helsedirektoratet fått i oppdrag å utvikle flere faglige retningslinjer om utredning og behandling av alvorlig overvektige. Disse retningslinjene retter seg inn mot primærhelsetjenesten, og omfatter både forebygging, utredning, diagnostisering og behandling.

Det påpekes i ovennevnte rapport at det finnes få behandlingstilbud til alvorlig overvektige barn og unge og at forskningsbasert kunnskap om effekten av slike behandlingstilbud er begrenset. Flere regionale helseforetak har derfor utviklet behandlingstilbud for denne pasientgruppen. Departementet har understøttet en slik utvikling ved å tildele midler til prosjekter som skal bidra til å utvikle gode behandlingstiltak for alvorlig overvektige barn og unge samt evaluere effekten av dem. Departementet foreslår at det avsettes midler til å videreføre utviklingen av slike behandlingstilbud.

Hjertestarterprosjektet

Stortinget har bedt Regjeringen iverksette et opplærings- og utplasseringsprogram for hjertestartere, jf. Innst. S. nr. 300 (2000–2001) romertallsvedtak nr. 1. Departementet inngikk våren 2002 et samarbeid med Stiftelsen Norsk Luftambulanse, som skal realisere prosjektet gjennom innsamlede midler.

Hjertestarterne tildeles til kommuner som har søkt om dette, og til nå er det utplassert om lag 170 defibrillatorer i 137 kommuner. Det er satt som mål at alle utplasseringer skal være ferdig ved årets utgang, totalt 250 defibrillatorer.

Videre er personell med beredskapsansvar, inkludert politi og brannvesen, opplært i bruken av hjertestarterne.

Nasjonalt råd for fødselsomsorg

Nasjonalt råd for fødselsomsorg ble opprettet våren 2002. Rådet har bistått de regionale og lokale helseforetakene og fagmiljøene i omstillingsprosessen knyttet til desentralisert og differensiert fødselsomsorg. Omgjøring av små fødeavdelinger til fødestuer har vært vanskelig og er ikke avsluttet. Det har skjedd en positiv holdningsendring i fagmiljøene til å utvikle et differensiert fødetilbud ved fødeavdelinger og kvinneklinikker. Rådets arbeidsområder vil derfor i 2006 være mer rettet mot de større fødeavdelingene.

Rådet deltar i flere planlagte og påbegynte prosjekter. Rådet ser det som ytterst viktig å samordne arbeidet fra svangerskapsomsorgen og fødselsomsorgen ved bedre samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten for derved å få et helhetlig tilbud til de gravide.

Rådets sekretariat er forankret i Sosial- og helsedirektoratet.

Nasjonal perinatal database

Det ble ved behandlingen av St.prp. nr. 65 (2002–2003) vedtatt å etablere en nasjonal perinatal database, basert på eksisterende «Nasjonalt nyfødtmedisinsk nettverk» ved Rikshospitalet. Hensikten med databasen er aktivitetsregistrering hvor innsamlet datamateriale skal bidra til kvalitetssikring og klinisk forskning.

Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med Rikshospitalet arbeidet med å opprette databasen. Det arbeides med å etablere et hjemmelsgrunnlag for registeret.

Nasjonal toksikologisk dokumentasjonsdatabase (GISBAS)

GISBAS prosjektet er planlagt gjennomført i perioden 2001–2008. Hovedmålet for GISBAS er å få kvalitetssikret, standardisert dokumentasjon elektronisk tilgjengelig på en hensiktsmessig måte for besvarelse av henvendelser om akutte forgiftninger. Elektronisk registrering av alle telefonhenvendelser til Giftinformasjonen er en del av prosjektet.

Det vil i 2006 arbeides med å utarbeide og kvalitetssikre dokumentasjon for elektronisk innlegging i GISBAS.

Nasjonalt Ryggnettverk

Nasjonalt Ryggnettverk er et tverrfaglig kompetanseforum og samarbeidsorgan for aktive ryggforskere og behandlere av pasienter med rygglidelser. Nettverket ble opprettet av Sosial- og helsedepartementet i 1999. Formålet med ryggnettverket er å drive fagutvikling, bidra til forskning og heve kompetansen gjennom å fremme ny kunnskap om forebygging, diagnostikk behandling og oppfølging, samt formidle kunnskap og erfaringer til pasienter og alle ledd i utrednings- og behandlingsfasen.

Ryggnettverket har bestått av to enheter, en forskningsenhet i Bergen og en formidlingsenhet i Oslo. Det ble i 2002–2003 foretatt en evaluering av ryggnettverket. Evalueringen konkluderte blant annet med at arbeidet kunne styrkes gjennom en noe endret struktur og styring. Departementet vurderer på hvilken måte Ryggnettverkets aktiviteter kan videreføres innenfor allerede etablerte rammer.

Aktiv rygg

Aktiv Rygg er et prosjekt som ledes av Spesialsykehuset for Rehabilitering HF, avdeling Stavern (SSR) i samarbeid med Nasjonalt Ryggnettverk, Formidlingsenheten, Oslo. Prosjektets hovedmål er med utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap å redusere konsekvensene av ryggplager i befolkningen, og øke evnen til mestring og bedre livskvalitet. Målet er også at prosjektet på kort og lang sikt vil medføre besparelser for arbeidsliv, trygdeetat og samfunnet totalt.

Prosjektet er organisert i fire delprosjekt rettet mot hhv. befolkning, arbeidsliv, helsepersonell og trygdeetat. Prosjektet vil avsluttes ved utgangen av 2005.

Budsjettforslag for 2006

Det foreslås følgende rammeoverføringer fra kap. 728 post 21:

- 14,3 mill. kroner foreslås overført til kap. 728 post 70 knyttet til tilskudd til Stiftelsen organdonasjon, SINTEF Helse, kliniske etikkomiteer og Medisinsk museum
- 0,8 mill. kroner til dekning av utgifter i Sosial- og helsedirektoratet knyttet til nasjonal koordinator for donorsykehus og oppfølging av Biobankloven foreslås overført til kap. 720 post 01
- 35,623 mill. kroner til tilskudd til forsøk og utviklingstiltak innen primærhelsetjenesten foreslås flyttet til kap. 724 post 21
- 2,6 mill. kroner foreslås overført til kap. 720 post 01 til å dekke driftskostnader til tidligere prosjektmedarbeidere som nå er fast ansatte i Sosial- og helsedirektoratet

Det foreslås følgende rammeoverføringer til kap. 728 post 21:

- 9,5 mill. kroner knyttet til prosjektene Nasjonalt Ryggnettverk og Aktiv rygg foreslås overført fra kap. 720 post 01.

Post 70 Tilskudd

Post 70 er en ny post i 2006. Posten er en samling av tilskuddsordninger som i 2005 ble finansiert over kap. 720 og kap. 728.

Radiografutdanningen, Høgskolen på Gjøvik

Radiografutdanningen på Gjøvik ble etablert som et midlertidig studietilbud frem til 2006 finansiert gjennom Nasjonal kreftplan. Målsetningen var å dekke opp for underkapasiteten av radiografer. Det er i dag usikkerhet knyttet til behovet for videreføring av studietilbudet. Statistisk sentralbyrå fremlegger i 2005 nye fremskrivinger for antatt fremtidig behov for helsepersonell, og disse fremskrivingene vil danne grunnlag for vurdering av eventuell videreføring av studietilbudet. Ved en eventuell videreføring foreslås studietilbudet likestilt med annen radiografiutdanning, organisert som ordinært høgskolestudie finansiert over Utdannings- og forskningsdepartementets budsjett.

Genetisk veiledning, Universitetet i Bergen

Studiet i genetisk veiledning ble etablert som et fireårig prøveprosjekt (2001–2004) gjennom Nasjonal Kreftplan. Det ble finansiert to studentkull, hvorav det siste ble uteksaminert våren 2004. Studiet leder frem til graden Cand. San. Gjennom St.prp. nr. 1 (2004–2005) ble det bevilget 750 000 kroner til et tredje studentkull tatt opp høsten 2004.

Studiet er evaluert og har fått gode referanser. Sosial- og helsedirektoratet anbefaler at studiet etableres som et permanent tilbud. Den medisinske utviklingen, med økt kunnskap om arvelig kreft og andre arvelige sykdommer, gir et økende behov for kompetanse i veiledning og oppfølging av pasienter, deres pårørende og annet helsepersonell. Universitetet i Bergen arbeider med etablering av et permanent studietilbud ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, med forventet oppstart høsten 2006.

Norges Standardiseringsforbund

Det gis et mindre tilskudd til Norges Standardiseringsforbund.

Doping som samfunnsproblem

Fra årsskiftet 2004/2005 koordinerer Helse- og omsorgsdepartementet arbeidet rettet mot doping utenfor den organiserte idretten. Det er nedsatt en tverrdepartemental gruppe bestående av Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Utdannings- og forskningsdepartementet, Forsvarsdepartementet, Kultur- og kirkedepartementet, Justis- og politidepartementet som videreføres under ledelse av Helse- og omsorgsdepartementet. Kunnskapen om utbredelse av dopingbruk utenfor organisert idrett er mangelfull. For å iverksette effektive tiltak er det nødvendig med slik kunnskap. Helse- og omsorgsdepartementet tar derfor sikte på, i samarbeid med bl.a. berørte departementer, å iverksette en omfangsundersøkelse i ungdomsmiljøer i 2006. Departementet har også innledet en dialog med Stiftelsen Antidoping Norge om et fremtidig samarbeid.

Dopingtelefonen ble opprettet i november 2003 som ledd i oppfølgingen av handlingsplanen mot doping. Dopingtelefonen betjener brukere via telefon, Internett og SMS i tillegg til at virksomheten holder foredrag om temaet på aktuelle konferanser. Tjenesten skal bidra til å redusere dopingmisbruket i samfunnet ved å drive et aktivt informasjons-, undervisnings-, forsknings- og utviklingsarbeid. I tillegg er målet å øke den generelle kunnskapen om bivirkninger, skader og andre konsekvenser av et dopingmisbruk.

Henvendelsene kommer fra ulike brukergrupper, f.eks. brukere av dopingmidler, pårørende, profesjonelle og andre (skoleelever, journalister osv.). Dopingtelefonen er knyttet til et etablert forskningsmiljø som skal sikre oppdatert fagkunnskap. Arbeidet for å øke informasjonsflyten og bidra til økt kunnskap både for den enkelte bruker av tjenesten og spesifikt rettet mot forskningsmiljøer skal videreføres.

Stiftelsen Organdonasjon

Det ytes tilskudd til Stiftelsen Organdonasjon. Stiftelsen arbeider for å øke tilgangen på organer for transplantasjon i Norge, og for at tilgjengelige organer skal bli benyttet.

SINTEF Helse – grunnbevilgning

Tilskudd gis som basisfinansiering av forskningsvirksomheten relatert til spesialisthelsetjenesten ved SINTEF Helse og har to formål; bidrag til infrastruktur og drift og til nødvendig kompetanse. Tilskuddet innebærer også at institusjonen skal ha paratkompetanse til å svare på henvendelser fra sektoren og fra statlig forvaltning.

Kliniske etikkomiteer

Det ytes tilskudd til koordinering og faglig utvikling av de kliniske etikkomiteene.

Nasjonalt medisinsk museum

Stiftelsen Norsk Teknisk Museum har etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet opprettet et nasjonalt medisinsk museum integrert i Norsk Teknisk Museum. Planene for videre utbygging innebærer oppbygging av kompetanse ved museet på medisinsk historie og istandsetting av større lokaler for framtidige utstillinger.

Budsjettforslag for 2006

Tiltakene på posten omfatter følgende flyttinger:

- 4,3 mill. kroner knyttet til genetisk veiledning, radiografutdanning og Norges Standardiseringsforbund, flyttet fra kap. 720 post 01
- 0,8 mill. kroner til drift av Dopingtelefonen, flyttet fra kap. 720 post 21
- 14,3 mill. kroner knyttet til Stiftelsen organdonasjon, SINTEF Helse, kliniske etikkomiteer og Medisinsk museum, flyttet fra kap. 728 post 21

Kap. 0729 Annen helsetjeneste

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
01	Driftsutgifter			30 100
60	Helsetjeneste til innsatte i fengsel	76 522	79 299	84 857
70	Behandlingsreiser til utlandet	80 909	83 660	86 337
71	Tilskudd til Norsk Pasientforening m.m.	4 650	5 218	5 385
	Sum kap 0729	162 081	168 177	206 679

Post 01 Pasientombudene, Dispensasjons- og klagenemnd for behandling i utlandet

Pasientombudene

Formål og hovedprioriteringer:

Pasientombudsordningen ble forankret i lov ved vedtagelsen av pasientrettighetsloven i 1999. Formålet med Pasientombudet er i henhold til pasientrettighetsloven, at det skal arbeides for å ivareta pasientenes behov, interesser og rettsikkerhet og for å bedre kvaliteten i helsetjenesten. Pasientombudet skal kunne utføre sin virksomhet selvstendig og uavhengig.

På bakgrunn av den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten, ble ansvaret for pasientombudene overført fra fylkeskommunene til Staten fra 1. januar 2003. Ved overføringen til statlig ansvar ble det lagt vekt på en tilknytningsform som sikrer ombudenes habilitet, troverdighet og legitimitet. Ombudene er administrativt en del av Sosial og helsedirektoratet, men utøver sitt faglige virke på uavhengig grunnlag.

Resultatatrapportering og tilstandsvurdering:

Arbeidsområdet for pasientombudet er offentlige spesialisthelsetjenester, med unntak av Oslo. Direktoratet har 1. mars 2004 inngått avtale med Oslo kommune om godkjent drift av pasientombudsordningen på vegne av staten utført av Helse- og sosialombudet i Oslo.

I 2004 ble det inngått avtale med Hamar kommune om kjøp av tjenester fra Pasientombudsordningen i Hedmark og Oppland. Ordningen omfatter tjenester som brukerombud for Hamar kommune. Tidligere er det inngått avtale med Larvik kommune om kjøp av tjenester fra pasientombudet i Vestfold.

Ut fra opplysninger innhentet fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste er antall saker samlet for pasientombudene økt fra 2003 til 2004 med 4 pst, fra 9191 saker til 9597. Enkelte kontor har en økning på opptil 26 pst, mens andre kontor har en nedgang på opptil 20–30 pst., noe som kan skyldes bl.a. sykefravær. Kontorene er små og sårbar for fravær og gir fort utslag i nedgang i antall behandlede saker. Datagrunnlaget er innsamlet over to år, og er noe spinkelt for å vurdere aktiviteten over tid.

I 2004 bevilget Stortinget en øremerket ramme gjennom direktoratets budsjett. I 2005 var det ikke øremerkede midler til pasientombudene, men direktoratet bevilget til drift av pasientombudsordningen samme beløp som i 2004.

Pasientombudene har for 2005 søkt om styrking av budsjettet for tilnærmet 6 nye stillinger med bakgrunn i økt arbeidsmengde. Innenfor 2005-rammen har det ikke vært mulig å godkjenne økning av antall stillinger. Antall årsverk er totalt 39 fordelt på 43 ansatte.

Satsningsområder og resultatmål for 2006:

Pasientombudene utfører en svært viktig jobb for pasientene og flere pasientombud rapporterer om økt aktivitet og større og vanskeligere saker. Gjennom ordningen iverksettes det prosesser som fører til bedre kvalitet i spesialisthelsetjenesten og som må videreføres.

Før statlig overtakelse i 2003, var pasientombudsordningen et fylkeskommunalt ansvar. Ved overtakelse av ordningen var driften og ansatte ved pasientombudskontorene noe ulik ut fra fylkeskommunale prioriteringer. Et mål er å gjennomgå ordningen slik at de ansatte har samme arbeidsforhold i forhold til arbeidsmengde.

Dispensasjons- og klagenemnd for behandling i utlandet

Dispensasjons- og klagenemnda har vært organisert under Trygderetten siden Trygderetten var en underliggende virksomhet til det daværende

Sosial- og helsedepartementet. Nemnda, som er en av Helse- og omsorgsdepartementets underliggende virksomheter, blir administrativt overført til Helse- og omsorgsdepartementet fra og med 1. januar 2006.

Dispensasjons- og klagenemnd for behandling i utlandet er hjemlet i pasientrettighetsloven § 7-2 annet ledd og bioteknologiloven § 2-14. Dette er et organ med selvstendig avgjørelsesmyndighet som ikke er underlagt departementets instruksjonsmyndighet. Nemndas sekretariat er lagt til Trygderetten. Nærmere regler om nemndas sammensetning og saksbehandling er gitt i forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd.

Dispensasjons- og klagenemnda har to oppgaver. For det første skal den behandle klager fra pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp og som har fått avslag på nødvendig helsehjelp i utlandet selv om det ikke finnes et adekvat medisinsk tilbud i Norge. Dette er i samsvar med de oppgavene som Klagenemnda for bidrag til behandling i utlandet utførte. Dessuten skal nemnda behandle saker etter bioteknologiloven § 2-14. Av bioteknologiloven § 2-14 annet ledd følger det at nemnda, dersom spesielle hensyn taler for det, skal kunne gi tillatelse til genetisk undersøkelse av befruktede egg ved alvorlig, arvelig sykdom uten behandlingsmuligheter.

Nemnda skal bestå av fem medlemmer med personlige vararepresentanter. Når nemnda behandler saker angående dispensasjon fra bioteknologiloven, skal nemnda ha ytterligere tre medlemmer.

Dispensasjons- og klagenemndas viktigste mål/prioriteringer i 2004 har vært å fatte vedtak som er forståelige for dem det gjelder, holde en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på to måneder og å behandle like saker likt. Nemnda har i all hovedsak hatt god måloppnåelse på disse områdene i 2004. Antall innkomne saker i 2004 var 90 klagesaker og to dispensasjonssøknader, mens antall behandlede saker var 68 klagesaker og en dispensasjonssøknad. Fem klagesaker og en dispensasjonssøknad ble innvilget i 2004.

Satsingsområder og mål for 2006

Dispensasjons- og klagenemnd for behandling i utlandet skal ha følgende mål/prioriteringer i 2006:

- Godt pedagogisk utformede vedtak
- Gjennomsnittlig saksbehandlingstid skal være på to måneder
- Like saker skal behandles likt

Budsjettet for Dispensasjons- og klagenemnda er forutsatt å dekke utgifter til sekretariatet med to årsverk, årlige nemndsmøter samt drifts- og administrasjonsutgifter. Det foreslås bevilget 2,1 mill. kroner for 2006.

Post 60 Helsetjeneste til innsatte i fengsel

Formål og hovedprioriteringer

Kommuner med fengsler har en lovpålagt plikt til å yte helsetjenester til innsatte i fengsel. Helsetjenesten som ytes skal være likeverdig med det tilbudet som gis den øvrige befolkning. Tjenesten drives som en integrert del av den kommunale helsetjenesten, og det skal henvises til spesialisthelsetjenesten ved behov. Staten har et overordnet ansvar for tjenesten. Fylkeskommuner med fengsler skal yte tannhelsetjenester til innsatte i fengsler. Den er forutsatt å omfatte forebyggende, behandlende og rehabiliterende oppgaver.

Det blir gitt øremerkede tilskudd til kommuner og fylkeskommuner for å sikre et like godt helsetilbud til innsatte som til befolkningen for øvrig. I tillegg er det lagt inn midler i helseforetakenes basisbevilgninger (kap. 732 postene 71–75).

Resultatrapportering 2004

Kommunene har tatt i bruk et nytt og mer hensiktsmessig rapporteringsskjema for helsetjenesten i fengsel. Målet er å sikre at rapporteringen gir et tilstrekkelig grunnlag for helsemyndighetene til å vurdere eventuelle behov for faglig styrking av tjenesten, vurdere ressursfordelingen mellom fengslene og gi en kontinuerlig oversikt over endring i antall plasser.

Det er utarbeidet ny veileder for helsetjenesten i landets fengsler som skal erstatte den gamle veilederen fra 1987. Implementering av denne vill bl.a. bidra til ytterligere kvalitetssikring av bl.a. legemiddelhåndteringen, helseundersøkelse og sikre en forsvarlig behandling av taushetsbelagte personopplysninger.

Helse- og omsorgsdepartementet har faste møter med Justis- og politidepartementet om helsetjenesten til innsatte i fengsel.

Tilstandsvurdering

Helsetjenesten i fengsel skal yte best mulig tjeneste til en utsatt og sårbar gruppe som har høyere sykelighet enn befolkningen for øvrig, og det er en liten deltjeneste i kommunehelsetjenesten som utøves på en fremmed arena. Samhandlingen mellom helsepersonell som skal ivareta og sørge for god helse og fengselstjenestemenn som skal sørge

for gjennomføring av den straff samfunnet har ilagt de innsatte og den sikkerhet det krever, gir spesielle utfordringer. Andre utfordringer er å tydeliggjøre ansvar og myndighet, spesielt i forholdet mellom helsetjenesten i fengsel og kommunehelsetjenesten for øvrig, og få tjenesten til å fungere som en integrert del av kommunehelsetjenesten.

Ifølge levekårsundersøkelsen som ble gjennomført av Forskningsstiftelsen FAFO i 2004 på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet og Justisdepartementet, har halvparten av de innsatte en eller flere kroniske sykdommer, og de er i langt høyere grad enn befolkningen ellers plaget av psykiske problemer. Seks av ti er rusmisbrukere, for det meste blandingsmisbruk, og kvinnene er mer rusbelastet enn mennene. I tillegg er de innsattes generelle levekårssituasjon vanskelig fordi den er preget av en opphopning av levekårsproblemer. Dette stiller store krav til helsetjenesten i samhandlingen med kriminalomsorgen der begge har oppgaver overfor de innsatte, men tjenestene som ytes har ulike formål og benytter forskjellige virkemidler. Dette gir kommunenes helse- og sosialtjenester store utfordringer i arbeidet med tilrettelegging av integrerte og koordinerte tjenester.

FAFOs undersøkelse vil bli fulgt opp av en ny undersøkelse om diagnoser og behandlingsbehov hos innsatte i fengsel. Denne undersøkelsen forventes å indikere nærmere hvorvidt det er økt behov for psykiatriske tilbud inne i fengslene eller innleggelser i DPS/psykiatriske sykehusavdelinger.

FAFO-rapporten fra 2004 viste at 30 pst. av de innsatte i fengsel trenger tannbehandling. De fleste får akutt tannbehandling, men mer omfattende behandling for dem med svært dårlig tannstatus er mangelfullt for mange innsatte. Dårlig tannstatus har innvirkning både på somatisk og psykisk helse og for en god rehabilitering.

Satsingsområder og mål for 2006

Det er behov for fortsatt målrettet arbeid mot kommunene for at helsetjenesten i fengslene skal bli bedre integrert i kommunehelsetjenesten enn det som er tilfelle mange steder i dag, samt tydeliggjøre ansvar og myndighet mellom helsetjenesten i fengslene og kommunehelsetjenesten. Det forventes at implementeringen av den nye veilederen vil bidra på dette området.

Det er viktig å bedre samspillet mellom helsetjenesten for innsatte og institusjoner i psykisk helsevern for å sikre rask tilgang til institusjonsbehandling for alvorlig sinnslidende. Helsetilsynets tilsyn med fengselshelsetjenesten i 2001 indikerte manglende tilgang på psykiatrisk spesialisthelsetjeneste i mange fengsler. I 2004 fikk Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i oppdrag å kartlegge tilbudene som gis av psykisk helsevern til fengselsinnsatte. Kartleggingen viser blant annet 19 av 41 fengsler ikke har fast avtale om tjenestetilbud fra psykisk helsevern. De fleste har heller ikke en fast poliklinikk eller psykiatrisk avdeling fengselet henvender seg til. For å få en bedre kontinuitet i tilbudet, få bedre veiledning, bedre tilgjengeligheten og fremme forpliktende samarbeid anmodet departementet i bestillerdokumentet for 2005, de regionale helseforetakene om å gi prioritet til arbeidet med innsatte, herunder særskilt vurdere hvorvidt det bør være et spesifikt DPS eller psykiatrisk sykehusavdeling som yter tjenester til hvert enkelt fengsel.

Det vises til Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003–2004), romertallsvedtak nr. 5 «Stortinget ber Regjeringen utrede alternativer for behandling av rus- og psykiatriproblemer for innsatte i fengsler og fremme tiltak som fører til at behovet for slik behandling kan tilbys til alle som dømmes til fengselstraff.» Departementet har i samarbeid med Justis- og politidepartementet og andre berørte departementer arbeidet med tiltak for å følge opp forslagene til arbeidsgruppen som utredet Dommerledet Narkotikaprogram (Drug Court). Dette var en oppfølging av regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer, og er nærmere omtalt under kap. 0726 Habilitering og rehabilitering.

Antall fengselsplasser er økt i 2005. Det er foreslått å gjøre økningen permanent, og bevilgningen til helsetjenesten til innsatte i fengsel foreslås økt med 3,1 mill. kroner i 2006 for å dekke det økte behovet for helsetjenester i den forbindelse. For 2006 foreslås å bevilge 84,8 mill. kroner.

Post 70 Behandlingsreiser til utlandet

Formål og hovedprioriteringer

Behandlingsreiser til utlandet er et supplement til tilbud i Norge, og omfatter tilbud til pasienter med revmatiske lidelser, pasienter med psoriasis, pasienter med senskader etter poliomyelitt, barn og ungdom med astma og lungesykdommer, samt barn med atopisk eksem. Staten dekker utgiftene til behandling for barn og voksne. Det betales en egenandel for voksne pasienter og ledsagere. Egenandelen er omfattet av egenandelstak 2. Behandlingen foregår nå i Tyrkia, Serbia og Montenegro og Spania for revmatikere, og på Kanariøyene for de øvrige gruppene av pasienter. Ut over de faste programmene sendes prøvegrupper til eventuelle nye behandlingssteder. Daglig administrasjon og faglig ansvar tilligger Rikshospitalet HF.

Resultat 2004

I 2004 var det 2977 pasienter og 192 ledsagere til barn som ble omfattet av ordningen med behandlingsreiser til utlandet.

Det ble behandlet 1995 pasienter med revmatiske lidelser i Serbia og Montenegro, Tyrkia og Spania hvorav 112 var barn og ungdom. Det ble behandlet 579 pasienter med psoriasis på Gran Canaria, hvorav 18 var barn og ungdom. 183 barn og ungdom ble behandlet for astma, kroniske lungesykdommer og atopisk eksem på Gran Canaria. Videre ble det sendt 151 pasienter med senskader etter poliomyelitt til Tyrkia og Kanariøyene, og en prøvegruppe på 25 pasienter med nevromuskulære sykdommer til Spania.

Status 2005

Av de innkomne søknadene under de tre største programmene ble 39 pst. innvilget innenfor astmaprogrammet, 54 pst. innenfor revmaprogrammet og 58 pst. innenfor psoriasisprogrammet. Dette er tilnærmet lik andelen innvilgede søknader i 2003. I 2004 er det også gitt tilbud til 151 pasienter med senskader etter poliomyelitt. Mange søkere oppfyller ikke de medisinske kriteriene for å bli tildelt behandlingsopphold i utlandet.

For pasienter med cerebral parese er det avsluttet et prøveprosjekt, hvor konklusjonene fra rapporten viser en behandlingseffekt tre måneder etter hjemkomst på 10–15 pst. for voksengruppen og 3–5 pst. for barnegruppen. Rikshospitalet anbefaler en behandlingseffekt på 20 pst. eller mer for å komme inn under ordningen med behandlingsreiser til utlandet. Helse- og omsorgsdepartementet har sluttet seg til dette.

Rikshospitalet avventer evaluering av prøvegrupper for pasienter med nevromuskulære sykdommer og fibromyalgi. Rapportene vil foreligge mot slutten av 2005.

I 2005 vil om lag 2100 revmatikere få behandlingstilbud (av disse 135 barn/unge og 30 bevegelseshemmede revmatikere). I tillegg vil om lag 600 pasienter med psoriasis få tilbud om behandling til Grand Canaria (derav 17 barn/unge). I tillegg vil 190 barn med astma, kroniske lungesykdommer og atopisk eksem og 160 pasienter med senskader etter poliomyelitt få behandlingstilbud.

Mål 2006

I 2006 tas det sikte på å gi tilbud til om lag 3000 pasienter, dvs. en liten reduksjon i forhold til faktisk antall i 2005. Det ordinære programmet videreføres med 1850 voksne revmatikere, herunder også små grupper med særlige hjelpebehov, 75 barn og 20 ungdommer med revmatiske lidelser, 600 voksne og barn/ungdom med psoriasis og 170 barn med astma, kroniske lungesykdommer og atopisk eksem. Det vil også bli gitt tilbud til 120 pasienter med senskader etter poliomyelitt.

For pasienter med multippel sklerose arbeider Rikshospitalet med planlegging av et prøveprosjekt i tråd med Stortingets vedtak. Prosjektet gjennomføres i 2006, og vil på grunn av økte kostnader gi en reduksjon i antall pasienter til de ordinære programmene.

Departementet har bedt Rikshospitalet om å konkurranseutsette alle behandlingsprogrammer. Dette i tråd med EØS-avtalen og WTO-avtalen om offentlige anskaffelser.

For 2006 foreslås bevilget 86,3 mill. kroner.

Post 71 Tilskudd til Norsk Pasientforening m.fl.

Bevilgningen ytes i hovedsak som driftstilskudd til Norsk Pasientforening og Landsforeningen til støtte ved krybbedød.

Norsk Pasientforening er et frittstående og uavhengig pasienthjelpkontor. Foreningen yter gratis hjelp, veiledning og råd til pasienter og pårørende, og bidrar også til å føre en sak gjennom de offentlige klageorganene.

Landsforeningen til støtte ved krybbedød er en foreldreforening til felles støtte for de som mister sitt barn plutselig og uventet. Foreningen utarbeider og sprer informasjonsmateriell, tildeler forskningsmidler og gir tilbud om støtte og omsorg til foreldre som har mistet et barn.

Programkategori 10.30 Regionale helseforetak

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006	Pst. endr. 05/06
0732	Regionale helseforetak (jf. kap. 3732)	64 675 904	67 879 465	72 429 480	6,7
0737	Kreftregisteret	61 843	71 206	75 485	6,0
	Sum kategori 10.30	64 737 747	67 950 671	72 504 965	6,7

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006	Pst. endr. 05/06
01–23	Statens egne driftsutgifter	29 485	15 709	15 152	-3,5
70–89	Andre overføringer	61 897 857	64 819 962	69 624 813	7,4
90–99	Utlån, statsgjeld m.v.	2 810 405	3 115 000	2 865 000	-8,0
	Sum kategori 10.30	64 737 747	67 950 671	72 504 965	6,7

Etter reorganiseringen av spesialisthelsetjenesten fra 2002, med overgang til statlig eierskap og foretaksorganisering av sykehusene, er de fem regionale helseforetakene gitt helhetlig ansvar for spesialisthelsetjenester. Under denne programkategorien gis bevilgningene til de regionale helseforetakene (kap. 732) – til sammen foreslås en bevilgning på 72,4 mrd. kroner for 2006. Programkategorien inkluderer også Kreftregisteret (kap. 737) der det foreslås en bevilgning på 75,5 mill. kroner.

Struktur og opplegg for bevilgninger til regionale helseforetak ble gjennomgått i NOU 2003: 1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten og fulgt opp i St.meld. nr. 5 (2003–2004), jf. Innst. S. nr. 82 (2003–2004).

Under andre programkategorier omtales områder som er en del av spesialisthelsetjenesten. Programkategori 10.40 Psykisk helse gir en generell statusbeskrivelse og behovsvurdering for Opptrappingsplanen for psykisk helse. Kap. 726 post 21 og post 70 under programkategori 10.20 gir en generell beskrivelse av rehabilitering, habilitering og helsetiltak for rusmiddelmisbrukere. I budsjettets del III presenteres overgripende planer og strategier, herunder videre arbeid på kreftområdet, behandling av kroniske smertepasienter og Nasjonal plan for forebygging, forskning og behandling av diabetes.

I en viss utstrekning gis det bevilgninger til regionale helseforetak på kapitler som er plassert under andre programkategorier. De regionale helseforetakene skal bruke midlene i samsvar med de angitte formålene. Det vises særlig til følgende bevilgninger under programkategori 10.20 og 10.40:

- Kap. 729 post 70 Behandlingsreiser til utlandet
- Kap. 743 post 70 Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid
- Kap. 743 post 73 Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress
- Kap. 743 post 75 Tilskudd til psykisk helsevern
- Kap. 744 post 70 Fagenhet for tvungen omsorg

Kap. 0732 Regionale helseforetak (jf. kap. 3732)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, *kan overføres*	29 485	15 709	15 152
70	Tilskudd til helseforetakene, *kan overføres, kan nyttes under postene 71, 72, 73, 74, 75*	1 676 903	2 303 251	3 308 196
71	Tilskudd til Helse Øst RHF, *kan overføres*	15 022 213	13 718 416	17 344 169
72	Tilskudd til Helse Sør RHF, *kan overføres*	8 477 568	7 600 060	9 744 522
73	Tilskudd til Helse Vest RHF, *kan overføres*	7 460 823	6 769 561	8 897 897
74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF, *kan overføres*	5 511 694	4 953 165	6 461 392
75	Tilskudd til Helse Nord RHF, *kan overføres*	5 296 983	4 576 208	5 730 726
76	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, *overslagsbevilgning*	12 537 915	19 710 573	13 502 012
77	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., *overslagsbevilgning*	3 689 335	3 199 134	3 053 108
78	Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre, *kan overføres*	953 601	1 050 888	644 767
79	Kreftbehandling m.m.	22 731		
80	Pasienttransport	889 248	423 500	35 000
81	Tilskudd til store byggeprosjekter, *kan overføres*	297 000	444 000	827 539
90	Lån til investeringsformål i helseforetak	2 750 000	3 000 000	2 750 000
91	Opptrekksrenter, *overslagsbevilgning*	60 405	115 000	115 000
	Sum kap 0732	64 675 904	67 879 465	72 429 480

Som følge av innføringen av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen, jf. omtale i Gul bok 2006, er bevilgningsforslaget redusert med:
Post 21: 1 860 000 kroner

Overført fra 2004 til 2005:
Post 21: 6 217 000 kroner
Post 70: 84 042 000 kroner

Innledning

Overordnet om styring og ansvar

Den politiske styringen av helseforetakene skjer i hovedsak gjennom myndighetsvedtak, dvs. lover, forskrifter og andre overordnede politiske vedtak, herunder budsjettvedtak. Disse gir direktiver om rettigheter, mål og prioriteringer. Pasientrettighetsloven, prioriteringsforskriften og opptrappingsplanen for psykisk helsevern er eksempler på slike vedtak.

Den overordnede helsepolitiske bestilling samt tildeling av midler skjer gjennom bestillerdokumentet til regionale helseforetak. Departementets styringskrav på økonomi- og organisasjonsområdet i egenskap av å eie regionale helseforetak, formidles gjennom foretaksmøter. Konkrete styringsbudskap og tiltak reflekteres i protokoller fra møtene. Til sammen utgjør disse to komponentene departementets helhetlige oppdrag til de regionale helseforetakene. De fem regionale helseforetakene eier sin underliggende helseforetaksgruppe, bestående av helseforetakene (sykehus og annen spesialisthelsetjeneste) i de respektive regionene. De regionale helseforetakene ivaretar et ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til regionens befolkning og et eieransvar for de underliggende helseforetakene. Det er avgjørende at eierrollen utøves på en god og helhetlig måte både nasjonalt og regionalt, slik at en samlet sett lykkes i å nå de helsepolitiske målene.

For å etablere god styring er det også viktig å se hen til andre virkemidler av styringsmessig karakter. Det framheves følgende:

– Myndighetstiltak overfor regionale helseforetak. Dette kan være styring som gjøres med hjemmel i lov; for eksempel beslutninger om at bare enkelte sykehus skal utføre høyspesialisert diagnostikk og behandling, eller ikke-lovbestemte tiltak som for eksempel utarbeidelse

av faglige retningslinjer som kan understøtte den utøvende helsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet er et sentralt organ for gjennomføringen av slike myndighetstiltak.
- Bruk av tilsyn som understøttelse for god oppgaveløsning. De regionale helseforetak og tilknyttede virksomheter har etablert ordninger og internkontroll som skal gi sikkerhet for at tjenesten utføres i samsvar med lovpålagte krav. I tillegg utøves eksternt tilsyn av blant annet Helsetilsynet.
- Systematisk informasjon om tjenestetilbudet. Slik informasjon kan gi grunnlag for at pasienter på en mer aktiv og bevisst måte bruker sin rett til fritt sykehusvalg. Dette må sees i sammenheng med utvikling av kvalitetsindikatorer som kan gi informasjon om kvaliteten ved sykehus.

Om «sørge for»-ansvaret

Hvert av de fem regionale helseforetakene er gitt ansvar for å tilby spesialisthelsetjeneste til regionens befolkning. Dette ansvaret har i de senere årene vært omtalt som de regionale helseforetakenes «sørge for»-ansvar. Spesialisthelsetjenestelovens § 2-1a må sees i sammenheng med andre lover og forskrifter, herunder pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Et sentralt premiss for de regionale helseforetakenes «sørge for»-ansvar er innholdet i det enkelte års statsbudsjettvedtak. Ivaretakelse av «sørge for»-ansvaret innebærer både bruk av egne eide helseforetak og kjøp av tjenester fra ulike private aktører.

I tillegg til ansvaret for pasientbehandling har de regionale helseforetakene ansvaret for at helseforetakene utfører oppgaver som forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende. Dette er svært viktige forutsetninger for en kvalitetsmessig god pasientbehandling.

Departementet forutsetter at de regionale helseforetakene foretar faglige prioriteringer som samsvarer med mål, rammer og retningslinjer trukket opp av overordnede politiske og faglige myndigheter.

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) publiserte sin første årsrapport i juli 2005. BUS ble opprettet i 2005 – i tråd med St.meld. nr. 5 (2003–2004). Utvalgets mandat er blant annet å opparbeide et faktagrunnlag som kan være en del av underlaget for fastsettingen av den samlede budsjettrammen for regionale helseforetak og fordelingen mellom dem. BUS skal videre gi sin faglige vurdering av økonomi- og aktivitetsutviklingen i spesialisthelsetjenesten. BUS-rapporten er basert på tilgjengelige data, primært fra Statistisk sentralbyrå, SINTEF Helse, Norsk Pasientregister og de regionale helseforetakenes regnskaper. BUS foreslår blant annet at det bør arbeides for å få til en mer enhetlig og samordnet presentasjon av nøkkeltall for sektoren. Departementet vil følge opp denne anbefalingen.

Sterkere nasjonal styring og samordning – 2006

Foretaksmodellen gir rom både for handlefrihet og selvstendiggjøring lokalt, og muligheter for nasjonale styringsgrep og samordning på tvers av regionene. Den nye ansvars- og organisasjonsstrukturen for spesialisthelsetjenesten har virket i snart fire år. Helseforetakene er gjennomgående i ferd med å etablere seg som robuste organisasjoner, både regionalt og lokalt. I arbeidet med å sikre gode og likeverdige tjenestetilbud og best mulig ressursutnyttelse, ser departementet behov for sterkere nasjonal styring på enkelte områder og mer samordning på tvers av regionene. Departementet vil derfor i 2006 ha særskilt oppmerksomhet rettet mot noen konkrete områder som er av kritisk viktighet for å møte morgendagens utfordringer i spesialisthelsetjenesten.

Nasjonal styring og samordning vil i praksis ofte bety å stimulere regionale helseforetak til kunnskapsoverføring og til å finne gode løsninger i fellesskap, noe som allerede finner sted på en rekke områder. Dette er ikke ment å underminere et meget sentralt poeng i foretaksmodellen, nemlig at foretakene har et egenansvar for å finne fram til gode løsninger. De fem regionale helseforetakene må imidlertid i større grad ha et nasjonalt perspektiv i sitt arbeid.

Begrunnelsen for å løfte samordning og nasjonal styring, er både intensjon om nasjonal likhet på viktige tjenesteområder og god ressursutnyttelse i spesialisthelsetjenesten samlet sett. I arbeidet med å utvikle tjenestetilbudet og styrke pasientenes stilling i helsetjenesten, er kunnskap om kvalitet og tilgjengeliggjøring av kvalitetsinformasjon sentralt. På enkelte området er det fortsatt for lange ventetider og for store forskjeller mellom sykehus og mellom pasientgrupper, både når det gjelder kvalitet og prioritering. Nasjonal koordinering er også et viktig virkemiddel for rasjonell ressursbruk og god kapasitetsutnyttelse. Det pågår rekordhøy investeringsaktivitet i helseforetakene. Planer og utfordringer på investeringsområdet må nødvendigvis sees i sammenheng med god og framtidsrettet kapasitetsutnyttelse, og rasjonelle nasjonale løsninger.

For å oppnå bedre samordning vil departementet bruke sin eierstyring på en mer aktiv måte over-

for de regionale helseforetakene. Det er allerede satt i gang flere organisatoriske tiltak i 2005 for å sikre god oppgaveløsning og forbedre foretaksmodellens virkemåte. Det samordningsbehov som her er nevnt vil i 2006 inngå som en sentral del av departementets oppfølging og styring.

Med dette som utgangspunkt vil departementet rette særlig oppmerksomhet mot følgende områder i 2006:
- prioritering
- kvalitet
- økonomisk balanse
- investeringer

Disse områdene omtales nærmere under overskriften Nasjonal styring og samordning – 2006.

Plan og melding fra de regionale helseforetak

Plan- og meldingsdelen er grunnlag for det budsjettforslaget som fremmes. Meldingen presenteres derfor som en integrert del av kapittel 732 i stedet for, som de foregående år, som et vedlegg til selve budsjettforslaget.

Rapportering for 2004

Prioritering

Det overordnede prioriteringsprinsippet er fastsatt i lov;

> «Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, gitt vilkår knyttet til tilstandens alvorlighet, og at kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når medisinsk forsvarlighet krever at en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp.» (Pasientrettighetsloven).

Styringsdokumentet for 2004 trakk fram at pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser ikke er blitt tilstrekkelig prioritert tidligere, og at det ønskes en synlig endring av dette. Kreftpasienter, herunder lindrende behandling, skulle også prioriteres. Dessuten skulle kroniske lidelser og tjenestetilbudet innen habilitering og rehabilitering prioriteres. De regionale helseforetakenes årlige meldinger viser alle til at det arbeides med prioritering i henhold til de styringskrav som er anvist. Alle regionene arbeider med å operasjonalisere prioriteringsforskriften og implementere pasientrettighetsloven.

Antall på venteliste sank og ventetiden ble betydelig kortere i perioden 2002–2004. Fra 2004 til 2005 er bildet mer sammensatt. Totalt antall ventende er stabilt, mens totalt antall ventende over ett år har fortsatt å synke. Gjennomsnittlig ventetid for de som fortsatt venter på behandling reduseres, mens gjennomsnittlig ventetid for de som har fått behandling har økt med 16 pst. Økningen skyldes i hovedsak at Helse Vest har behandlet mange langtidsventende i perioden. De som ventet lenge på behandling trekker opp gjennomsnittet når ventetiden for behandlede pasienter skal beregnes.

Figur 5.1 er fra SAMDATA-rapporten 2004, og viser andelen av nyhenviste pasienter med rett til behandling (jf. prioriteringsforskriften) i de enkelte regionene. Det er store regionale variasjoner. I Helse Midt-Norge er 92 pst. definert som rettighetspasienter, mens tilsvarende tall i Helse Sør er noe over 50 pst. Det henvises til omtale under overskriften Nasjonal styring og samordning for en videre oppfølging av prioriteringsfeltet i 2006.

Figur 5.1 Andel av ordinært avviklede pasienter fra venteliste som er tildelt rett til helsehjelp for årene 2000–2005 (SAMDATA 2004)

Selv om ventetiden synes å være ganske lik, uavhengig av om pasienten er en rettighetspasient eller ikke, viser figur 5.2 at ventetiden er avhengig av sykdommens alvorlighetsgrad. Dette er i tråd med prioriteringsforskriften hvor lidelsens alvorlighet er av de kriterier som skal legges til grunn ved prioritering. De alvorligere sykdomskategoriene som brystkreft og tykktarmskreft har i perioden 2001–2004 hatt kortest ventetid. De mindre kompliserte sykdomsgruppene, som er med i denne figuren, har alle hatt et markert fall i ventetid.

Figur 5.2 Median ventetid i dager for årene 2001 til 2004 for noen utvalgte sykdomsgrupper (SAMDATA 2004)

Psykisk helsevern

Det ble i 2004 satt krav til fortsatt styrking og omstrukturering av psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Hovedtrekkene i rapporteringen for 2004 viser at flere pasienter får behandling, og da særlig poliklinisk behandling. De regionale helseforetakene ga en særlig prioritet til barne- og ungdomspsykiatrien gjennom at det er en sterkere vekst i ressursinnsatsen og pasientbehandling for tjenester til barn og unge enn tjenester til voksne. Det vises til kapittel 743 post 75 for nærmere rapportering og status på området.

Behandlingstilbudet til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer (dobbeltdiagnose), spiseforstyrrelser, voldsproblematikk og traumer, samt oppfølging av personer som begår selvmordsforsøk, er prioritert. Tilbudet til disse pasientgruppene krever gradvis oppbygging og rapporteringen viser at dette er under utvikling. Departementet har fulgt dette videre opp i 2005 gjennom blant annet nasjonalt initierte tiltak.

De investeringsprosjekter som er knyttet til Opptrappingsplanen, er identifisert gjennom de godkjente fylkeskommunale planene for styrking av psykisk helsevern. Disse planenes hovedstruktur er inkludert i de regionale helseforetakenes egne planer. Som del av Opptrappingsplanen er mange byggeprosjekter under gjennomføring i regi av regionale helseforetak.

Tilbudet til rusmiddelmisbrukere

Rusreformen ble gjennomført fra 2004. En sentral side ved denne reformen var å knytte behandling av rusmiddelmisbrukere tettere sammen med den øvrige spesialisthelsetjenesten – og da i særlig grad tjenestene innen det psykiske helsevernet. Mange rusmiddelmisbrukere har ved siden av sitt rusmiddelproblem også omfattende psykiske lidelser. Slike sammensatte problemstillinger kan enten være en følge av lengre tids rusmiddelmisbruk eller at mennesker med psykiske lidelser har startet et rusmiddelmisbruk som følge av sine psykiske lidelser. I tillegg har en del rusmiddelmisbrukere etter flere års misbruk fått mange ulike somatiske lidelser av til dels livstruende karakter. Disse forholdene stiller spesialisthelsetjenesten overfor utfordringer. Det vises til kapittel 726 post 70 for nærmere rapportering på området.

Kvalitet

Utvikling av kunnskapsbasert praksis og evaluering av nye metoder er et sentralt område i de regionale helseforetakenes plandokumenter. Det er blant annet opprettet et regionalt senter for klinisk dokumentasjon og evaluering i Helse Nord. Det er behov for økt fokus på formidling og bruk av forskningsresultater for å understøtte arbeidet med kvalitet og utvikling av et tjenestetilbud bygd på kunnskapsbasert praksis.

De regionale helseforetakene skal arbeide for økt kunnskapsutvikling og kvalitet i pasientbehandlingen, samt følge opp nasjonale tiltak som understøtter dette. Regionale helseforetak skal delta i, og rapportere til et nasjonalt system for måling av kvalitetsindikatorer, bidra til etablering av nasjonale medisinske kvalitetsregistre og delta i nasjonale pasienterfaringsundersøkelser. Det er knyttet resultatkrav til tre av kvalitetsindikatorene innenfor somatikk: Minst 80 pst. av epikrisene skal sendes fra sykehuset innen 7 dager etter utskrivning, sykehusene skal som hovedregel ikke ha korridorpasienter, og ingen pasienter skal ha over 48 timer preoperativ liggetid før behandling for lårhalsbrudd.

Informasjon om kvalitetsindikatorer og om ventetider inngår i grunnlaget for pasienters rett til fritt sykehusvalg. I tillegg vil informasjonen være et grunnlag for kvalitetsarbeid, gi ledelses- og styringsinformasjon og bedre faktagrunnlaget for den offentlige debatt om sykehusene.

Epikrisetid

Ingen regionale helseforetak nådde i 2004 målsettingen om at minst 80 pst. av epikrisene skal sendes innen 7 dager etter utskrivning. Det er stor variasjon mellom helseforetakene i alle helseregionene. I Helse Vest varierte andelen fra 40 til 58 pst. mellom de ulike helseforetakene ved utgangen av 2004. I Helse Midt-Norge varierte andelen fra 26 til 53 pst. I Helse Nord varierer andelen fra 26 til 60 pst. I Helse Øst varierte andelen fra 29 til 70 pst., mens Helse Sør rapporterer om en variasjon på mellom 40 og 80 pst. Dette er fulgt opp i foretaksmøtene i juni 2005. Kravene er også stilt i bestillerdokumentet for 2005. Det vises også til omtale i underveisrapporteringen for 2005.

Korridorpasienter

Gjennomsnittlig andel korridorpasienter var på landsbasis om lag 2 pst. i 2004, med en variasjon fra null til 6 pst. Helse Sør og Helse Nord har lavest andel korridorpasienter. I Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Øst er det særlig de største sykehusene som bidrar til å heve prosentandelen. Helse Øst påpeker at det er vanskelig å unngå korridorpasienter i de store sykehusene med akuttmottaksfunksjon. Helse Øst har videre kartlagt at om

lag halvparten av korridorpasientene er utskrivningsklare. Helseregionene forventer at en bedre, mer systematisk samhandling med kommunehelsetjenesten vil redusere antallet korridorpasienter.

Preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd

Målsetningen var at ingen pasienter skal ha over 48 timer preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd. Andelen som i 2004 fikk behandling innen 48 timer varierer fra 80 til 100 pst. I 2. tertial 2004 var det 3 sykehus som lå rundt 80 pst. Resten av sykehusene lå mellom 90 og 100 pst.

Etablering og finansiering av nasjonale medisinske kvalitetsregistre

Ved inngangen til 2004 fantes det om lag 50 medisinske kvalitetsregistre. Det primære målet for de medisinske kvalitetsregistrene er kvalitetssikring og kvalitetsforbedring av de helsetjenester som ytes, blant annet ved å samle inn informasjon om behandlingsresultater. Det er et mål å etablere nasjonale registre innenfor alle viktige fagområder. De regionale helseforetakene fikk i 2004 i oppdrag å etablere og finansiere ett nasjonalt medisinsk kvalitetsregister hver. Ved inngangen til 2005 hadde de regionale helseforetakene valgt hvilke kvalitetsregistre de skal etablere og finansiere.

Forskning i spesialisthelsetjenesten

Pasientrettet klinisk forskning har vært et prioritert område i alle de regionale helseforetakene. I tillegg er det etablert godt nasjonalt samarbeid om forskning. Dette har ført til at forskning er et av områdene der sykehusreformen kan vise til særskilt gode resultater. De krav departementet har stilt til de regionale helseforetakene gjennom styringsdokumentet er i det vesentligste innfridd.

Det er etablert regionale forskningsstrategier og forskningsutvalg i alle regioner. Det er også avholdt regionale forskningskonferanser i Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. Alle de regionale helseforetakene prioriterer midler til forskning ut over øremerket statlig tilskudd. Det nasjonale tilskuddet til forskning fordeles av samarbeidsorganene mellom de regionale helseforetakene og universitetene. Midlene tildeles dels på bakgrunn av konkurranse og dels som strategiske satsinger. I Helse Vest ble om lag 14 pst. av de konkurranseutsatte midlene tildelt forskning på psykisk helse i 2005.

Måling av forskningsresultater viser at de regionale helseforetakene er viktige aktører innenfor norsk forskning og at både produktivitet og kvalitet på forskningen har økt de siste årene. De siste to årene bidro helseforetakene til om lag en fjerdedel av alle vitenskapelige artikler fra norsk forskning i internasjonale vitenskapelige tidsskrifter. Det ble rapportert inn 129 avlagte doktorgrader fra de regionale helseforetakene i 2004, en økning med 20 fra året før.

Gjennom de regionale helseforetakenes strategigruppe for forskning er det utarbeidet et felles strategidokument for forskning, og felles retningslinjer for forskningsbasert innovasjon og kommersialisering. For å bidra til nasjonal samordning om forskning er det i regi av de regionale helseforetakene etablert en bredt sammensatt nasjonal rådgivende gruppe for forskning og dyrt medisinsk utstyr.

De regionale helseforetakene har bidratt i videreutvikling av nasjonalt system for måling av forskningsresultater. I tråd med St.meld. nr. 20 (2004–2005) Vilje til forskning, er det lagt til rette for en samordning og koordinering av det nasjonale målesystemet for forskning i helseforetakene og nytt resultatbasert målesystem i Universitets- og høgskolesektoren, jf. omtale under kap. 732 post 78. De regionale helseforetakene skal dokumentere ressursbruk til forskning gjennom utvikling og bruk av felles mal. Pilotprosjekter gjennomføres høsten 2005, med sikte på implementering av felles rapporteringssystem fra 2006.

Utdanning

Helseforetakenes utdanningsoppgaver er sentrale investeringer i foretakenes intellektuelle kapital for kontinuerlig å sikre kvalitet i helsetjenesten og faglighet i pasientbehandlingen. Dette gjelder grunnutdanning, turnustjeneste, videreutdanning og etterutdanning av helsepersonell. Finansiering av utdanningsoppgavene inngår som en del av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. Praksisfinansiering for medisinstudenter er omtalt under kap. 732 post 78 og tilskudd til turnustjeneste er omtalt under kap. 724 post 61.

I henhold til instruks er det inngått avtaler og etablert samarbeidsorganer mellom de regionale helseforetakene og høgskoler og universitet i alle helseregioner. I samarbeidsorganene drøftes saker av felles interesse, og organene er på visse felt rådgivende for de regionale helseforetakene.

I bestillerdokumentet til de regionale helseforetakene stilles krav om tilretteleggelse av et visst antall praksisplasser for de ulike utdanningsgruppene innen hver av helseregionene. Enkelte av de regionale helseforetakene har gitt uttrykk for at det nasjonale behovet for noen grupper helsepersonell synes å være lavere enn tidligere antatt, og oppfatter på denne bakgrunn at kravene om tilretteleg-

ging av praksisplasser er for høye. Statistisk sentralbyrå fremlegger i 2005 nye fremskrivinger for antatt fremtidig behov for helsepersonell, og disse fremskrivingene vil danne et nytt grunnlag for fastsetting av krav til praksisplasser i helseregionene.

Videreutdanning av sykepleiere er i dag i hovedsak organisert som oppdragsundervisning, der høgskolene har det faglige og administrative ansvaret. Et forslag om endret organisering til ordinært høgskolestudium, først og fremst innen anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleie, har vært på høring.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (NR) ble opprettet i 1999. I lys av de endringer og reformer som har vært i helsetjenesten siden, har mulige tilpasninger for NR, og forslag til endringer i reguleringen av legemarkedet og organisering av videreutdanningen for leger (spesialistutdanningen) vært på høring. Høringsinstansens uttalelser i begge disse sakene inngår som del av beslutningsgrunnlaget i departementets videre arbeid.

Økonomiske krav – rapport fra 2004

Bakgrunn

Det har vært en sterk vekst i spesialisthelsetjenesten etter sykehusreformen. I tabellen nedenfor vises driftskostnader eksklusive avskrivninger for årene 2002, 2003 og 2004, målt i faste 2002-priser. Samlet reell vekst i driftskostnader (ekskl. avskrivninger) fra 2002 til 2004 er om lag 6,9 mrd. kroner. Av dette er om lag 2,9 mrd. kroner knyttet til nye oppgaver (bl.a. pasienttransport, rusomsorg og behandlingshjelpemidler). Ressursveksten har bidratt til økt aktivitet og kortere ventetider, men fire av fem regionale helseforetak har fremdeles ikke balanse i sin økonomi.

Ressursinnsats målt som driftskostnader ekskl. avskrivninger i 2002-priser. Kilde: Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten 2005.

Beløp i mill. kr	2002	2003	2004	2002-2003	2003-2004
Driftskostnader (ekskl. avskrivninger)	57 213	59 803	64 107	4,5 %	7,2 %
Herav					
Somatikk	43 185	45 394	46 661	5,1 %	2,8 %
Psykisk helsevern[1]	10 915	11 287	11 427	3,4 %	1,2 %
Rusomsorg					1 748
Syketransport					891
Annet	3 113	3 122	3 380	0,3 %	8,3 %

[1] I 2003 inkluderer psykisk helsevern også noe rusomsorg. Endringen fra 2003 til 2004 er derfor ikke dekkende for endring i psykisk helsevern.

Krav for 2004

Spesialisthelsetjenesten har siden den statlige overtakelsen samlet sett hatt driftsmessige underskudd, samtidig som det har vært en forutsetning at sektoren skal drives i økonomisk balanse. De økonomiske kravene til de regionale helseforetakene for 2004 ble formidlet gjennom styringsdokumentene og fulgt opp gjennom foretaksmøter i juni 2005. I løpet av året har eier fulgt opp den økonomiske situasjonen i foretakene gjennom jevnlig rapportering fra virksomhetene til departementet.

Det brukes to resultatbegrep for å måle utviklingen i økonomien til de regionale helseforetakene: *regnskapsmessig årsresultat*, slik det framgår av de revisorattesterte regnskapene, og *korrigert årsresultat*, som er det resultatmålet eier styrer etter.

Med korrigert årsresultat menes regnskapsmessig årsresultat korrigert for avskrivningskostnader som ikke inngår i balansekravet, jf. St.prp. nr. 63 (2003–2004), der det står at et eventuelt underskudd som følge av nivå på verdsetting og levetider på anleggsmidlene ikke vil påvirke de fastsatte styringsmålene knyttet til ressursbruk og tjenesteproduksjon, jf. også Innst. S. nr. 250 (2003–2004). Se for øvrig omtale av resultatmåling i foretakene nedenfor, under overskriften Systemomlegginger. Korrigert årsresultat vil vise et bedre resultat enn regnskapsmessig årsresultat fordi det bygger på andre avskrivningsforutsetninger.

De regionale helseforetakene fikk i 2004 et samlet korrigert negativt årsresultat på i underkant av 2 mrd. kroner. Dette er om lag det samme resultatet som i 2003. Tabellen nedenfor viser utviklingen i korrigert årsresultat fra 2002 til 2004 for den enkelte region.

Korrigert årsresultat 2002–2004 (tall i mill. kroner, løpende priser)

	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Sum landet
2002	97	-514	-313	24	-120	-826
2003	-29	-697	-524	-461	-262	-1973
2004	58	-779	-531	-498	-175	-1925

Som det fremgår over har Helse Øst hatt om lag økonomisk balanse alle tre årene etter at sykehusreformen ble innført. Underskuddene gjelder derfor de fire andre regionale helseforetakene. Samlet sett var det en sterk vekst i underskuddene i 2003, mens foretakene i 2004 har klart å stabilisere den negative resultatutviklingen og forbedret resultatet noe.

Kravet for 2004 var å forbedre årsresultatet med om lag halvparten av effekten av de samlede omstillingstiltakene som var nødvendig for å oppnå balanse i 2005, jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003–2004). Omstillingsutfordringen var ved inngangen til 2004 høyere enn underskuddet i 2003 fordi utfordringen omfattet flere forhold enn de som kom til uttrykk i regnskapene.

I St.prp. nr. 1 (2004–2005) ble det varslet at noen regionale helseforetak lå etter de opprinnelige gjennomføringsplanene for iverksettelse av omstillingstiltak i 2004. Ved utgangen av 2004 hadde flere av de regionale helseforetakene ikke iverksatt alle planlagte tiltak. I foretaksmøtene ble det konstatert at Helse Øst og Helse Nord hadde oppfylt kravet for 2004, mens de øvrige foretakene hadde lavere realiserte effekter av omstillingstiltak enn forutsatt.

Som følge av bl.a. flere år med driftsmessig underskudd samt innbetalinger av høye reguleringspremier knyttet til pensjon, hadde tre av fem regionale helseforetak tatt opp driftskreditter, som samlet beløp seg til om lag 1 mrd. kroner ved utgangen av 2004. Likviditetssituasjonen er blitt betydelig strammere i 2005.

Investeringer

Den samlede tilbakemeldingen fra de regionale helseforetakene viser at det totalt er investert for om lag 7 mrd. kroner i 2004, hvorav om lag 1,6 mrd. kroner er brukt på utstyrsinvesteringer og om lag 500 mill. kroner til gjennomføring av prosjekter over Opptrappingsplanen for psykisk helse. Av samlede investeringer kan om lag to tredeler henføres til Helse Midt-Norge og Helse Øst bl.a. med bakgrunn i de store byggeprosjektene som gjennomføres i disse regionene, hhv. utbygging av nytt St. Olavs Hospital og Nye Ahus. Som delfinansiering til gjennomføring av investeringene ble det i 2004 tatt opp 2,75 mrd. kroner i investeringslån, jf. omtale under kap. 732 post 90. Selv om den samlede investeringsaktiviteten har vært høy i 2004 ligger kostnadsnivået til avskrivninger relativt konstant. Dette som følge av at store deler av investeringene er gjenanskaffelser og at ikke alle nybygg og investeringer er fullført og tatt i bruk.

Aktivitet

Flere ulike mål benyttes for aktivitet innen somatisk sektor, men uavhengig av hvordan man måler aktivitet, var det en avtakende aktivitetsvekst i 2004. For perioden 2001–2004 var veksten i antall opphold sterk, og særlig var veksten sterk for dagopphold, som økte med om lag 43 pst. i løpet av perioden. Utviklingen innen psykisk helsevern for voksne fulgte samme mønster som somatikken, med sterk vekst fra 2001–2003 fulgt av en lavere vekst i 2004. Innen barne- og ungdomspsykiatrien var det imidlertid en tiltakende vekst i antall behandlede pasienter i hele perioden.

Det vises for øvrig til omtale under kap. 726 post 70, kap. 732 postene 76 og 77 og til kap. 743 Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse.

Organisasjonsutvikling

Et sentralt krav på organisasjonsområdet var at styremøter i regionale helseforetak f.o.m. 2004 i utgangspunktet skal være åpne. Videre ble særskilt oppmerksomhet rettet mot at foretakenes tjenesteyting skal skje innenfor det juridiske og faglige rammeverket som er trukket opp for spesialisthelsetjenesten.

2005 – kort underveisrapportering

Forholdet mellom psykisk helsevern, rusbehandling og somatikk

Departementet har satt som krav til de regionale helseforetakene at den prosentvise veksten innenfor rusbehandling og psykisk helsevern skal være sterkere enn innenfor somatikk. Kostnadsveksten innenfor rusbehandling og psykisk helsevern er

høyere enn innenfor somatikk i fire regionale helseforetak. I Helse Vest er veksten i psykisk helsevern den samme som i somatikk, mens den er større innenfor rusbehandling. For Helse Nord er rapporteringen basert på første halvår 2005, mens for de andre er rapporteringen for første tertial. Det er knyttet noe usikkerhet til tallene.

Prioritering

Rapporter fra første tertial 2005 viser at det arbeides målrettet med å vri kapasiteten fra områder med god kapasitet til områder med mangelfull kapasitet eller tjenestetilbud. Det arbeides systematisk med tiltak for en likeartet prioritering og praktisering av tildeling av individuell frist. Det foregår et nasjonalt arbeid der alle regionale helseforetak og Sosial- og helsedirektoratet samarbeider for å finne frem til mekanismer for en samordnet prioriteringspraksis. Kreftsykdommer, rusrelaterte lidelser, psykisk helsevern, kroniske sykdommer og rehabilitering og habilitering er prioritert av alle de regionale helseforetakene.

Kvalitet

Resultatene fra 2004 på kvalitetsindikatorene viser at det er forbedringspotensiale i alle regionale helseforetak. Dette er særlig tydelig på epikrisetid. Departementet har derfor valgt å videreføre for 2005 de resultatkravene som ble satt i 2004. I tillegg er resultatkravene utvidet til å gjelde to nye indikatorer som ble innført i 2004; andel innlagte pasienter som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet og at 90 pst. av pasientene innenfor psykisk helsevern for barn og unge skal diagnostiseres etter anerkjente diagnoseklassifikasjoner. I tillegg har de regionale helseforetakene fått i oppdrag å etablere og finansiere ytterligere et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister i 2005.

Eierstyring og organisatorisk videreutvikling

I foretaksmøter i de regionale helseforetakene ved årets begynnelse, ble sentrale styringsbudskap og krav på organisasjons- og økonomiområdet formidlet.

På organisasjonsområdet er det blant annet stilt krav om at de regionale helseforetakene i større grad skal skille mellom sine to roller som henholdsvis ivaretaker av «sørge for»-ansvaret og eier av underliggende helseforetak. Dette som en oppfølging av St.prp. nr. 1 (2004–2005). Som ledd i arbeidet med god virksomhetsstyring er det stilt krav til oppfølging av internkontrollen i regionale helseforetak og helseforetaksgruppen, og stilt krav om etablering av intern revisjon. Videre er det reist krav til hensiktsmessige samordningsgrep på tvers av regionene samt gitt føringer med hensyn til håndtering av og samarbeid med private aktører.

Sommeren 2005 ble det utnevnt nye styrer for de regionale helseforetakene for toårsperioden 1. juli 2005 til 1. juli 2007. I tråd med helseforetakslovens system utpekes de eieroppnevnte styremedlemmene i kraft av sin kompetanse, og representerer verken politiske organisasjoner, andre interessegrupper eller særskilte geografiske områder. I forbindelse med vurdering av aktuelle kandidater til eieroppnevnte styremedlemmer ble landets fylkesordførere og enkelte brukerorganisasjoner anmodet om å komme med forslag til aktuelle kandidater.

Økonomiske krav

De økonomiske kravene for 2005 ble formidlet i foretaksmøter i de regionale helseforetakene i januar 2005. I tråd med Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004–2005), ble det stilt krav om økonomisk balanse i alle regionene bortsett fra Helse Sør. For Helse Sør ble balansekravet utsatt til 2006 og det ble stilt krav om at negativt korrigert årsresultat for 2005 ikke måtte overstige 500 mill. kroner.

I forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett for 2005, jf. Innst. S. nr. 240 (2004–2005), ba Stortinget regjeringen om å utsette kravet om økonomisk balanse for helseforetakene til utgangen av 2006. Med unntak av Helse Sør skulle halvparten av balansekravet innfris i 2005. Dette ble fulgt opp i foretaksmøter i de regionale helseforetakene i juni 2005, der vedtakene fra møtene i januar ble endret. For Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord ble nye resultatkrav satt slik at korrigert årsresultat for 2005 maksimalt skal utgjøre om lag halvparten av korrigert årsresultat for 2004 fratrukket andelen av tilleggsbevilgningen som ble gitt i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2005. Samlet korrigert underskudd for 2005 skal ikke overstige om lag 1 mrd. kroner.

Utviklingen så langt i 2005 viser at flere av de regionale helseforetakene ser ut til å kunne nå de resultatmålene som nå er satt, men utfordringene er fortsatt store i forhold til å oppnå økonomisk balanse.

Investeringer

De regionale helseforetakenes høye investeringsnivå fra 2004 er videreført i 2005. Som tidligere år krever utbyggingen av de to store prosjektene Nye Ahus og nytt St. Olavs Hospital store investeringsmidler. Samtidig skjer det en stor aktivitet knyttet til gjennomføring av investeringstilstak i Opptrap-

pingsplanen for psykisk helse, samt sluttføring av prosjekter knyttet til Nasjonal kreftplan. Videre gjennomføres mange mindre prosjekter for oppdatering og utbedring av bygningsmassen i tillegg til utstyrsinvesteringer. Som grunnlag for den samlede investeringsaktiviteten er det foruten midler i basisrammen, bevilget 444,0 mill. kroner til særskilt investeringstilskudd til tre utbyggingsprosjekter, samt en låneramme på totalt 3,0 mrd. kroner.

Nasjonal styring og samordning – 2006

Som omtalt innledningsvis under 10.30, ser departementet behov for sterkere nasjonal styring på enkelte områder og mer samordning på tvers av regionene i arbeidet med å sikre gode tjenestetilbud og best mulig ressursutnyttelse. Kunnskap om kvalitet og tilgjengeliggjøring av kvalitetsinformasjon er sentralt i arbeidet med å utvikle tjenestetilbudet og styrke pasientenes stilling i helsetjenesten. På enkelte områder er det fortsatt for lange ventetider og for store forskjeller, både når det gjelder kvalitet og prioritering. Nasjonal koordinering er et viktig virkemiddel for rasjonell ressursbruk og god kapasitetsutnyttelse. Det er høy investeringsaktivitet i helseforetakene. Planer på investeringsområdet må bygge på god og framtidsrettet kapasitetsutnyttelse og rasjonelle nasjonale løsninger.

Det har i lengre tid pågått et arbeid med å samordne sykehusene i hovedstadsområdet. Stortinget er orientert om prosessen senest gjennom St.prp. nr. 65 (2004–2005). Det pågår et samarbeid mellom Helse Sør og Helse Øst for å finne fram til langsiktige avtaler om oppgavefordeling mellom de to regionale helseforetakene. Det forutsettes at det i dette arbeidet utvises årvåkenhet i forhold til Rikshospitalet – Radiumhospitalet sine roller, oppgaver og kompetanse. Departementet vil derfor ikke foreslå noen endringer i regioninndelingen nå, men avvente dette arbeidet og evalueringen av helsereformen som ventes i løpet av 2006.

Prioritering

Det overordnede prioriteringsprinsippet er fastsatt i lov; «Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, gitt vilkår knyttet til tilstandens alvorlighet, og at kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når medisinsk forsvarlighet krever at en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp.» (pasientrettighetsloven).

Departementet arbeider med en klargjøring av hva som faktisk skjer ved prioritering i praksis. Departementet vil fortsette arbeidet med oppfølging av de helsepolitiske prioriteringene som gjøres på overordnet nivå, slik at en har visshet for og kan dokumentere at resultatene nås og dessuten at eventuelt utilsiktede vridningseffekter kan korrigeres. Et arbeid med å sikre rett prioritering i spesialisthelsetjenesten ble påbegynt som et samarbeidsprosjekt mellom Helse Øst, Sosial- og helsedirektoratet og Legeforeningen. Et toårig prosjekt mellom Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene for å bidra til mer ensartet praktisering av prioriteringsforskriften vil bli sluttført i 2006.

Det er av stor viktighet å videreføre arbeidet med å gi tydelig prioritet til rusmiddelmisbrukere og psykisk helsevern. Mange rusmiddelmisbrukere har ved siden av sitt rusmiddelproblem også omfattende psykiske lidelser. Spesialisthelsetjenestens organisering og struktur må i større grad enn i dag tilpasse seg de behandlingsbehovene som disse pasientgruppene representerer. Dette gjelder i særlig grad tverrfaglig spesialisert behandling og tjenestene innen det psykiske helsevernet. Kunnskap og kompetanse om disse pasientgruppenes individuelle behandlingsbehov vil også måtte styrkes. Videre er det viktig at tilbudet til pasienter med kroniske sykdommer og tilbudet innen rehabilitering og habilitering prioriteres. Den prosentvise vekst innenfor psykisk helsevern og rusbehandling skal også i 2006 være sterkere enn innen somatikken. Det er viktig at kapasiteten i de ulike tilbudene i tjenesten er avstemt i forhold til behovene i befolkningen. På enkelte områder trengs en kapasitetsoppbygning. Et fortsatt høyt antall korridorpasienter ved enkelte sykehus kan også tyde på at kapasiteten innen tjenestetilbudet til syke eldre ikke er god nok. På andre områder er det en god kapasitet. Det er også påvist regionale forskjeller i kapasitet innen ulike behandlingstilbud, og dermed også ulik tilgang til tilbud.

Kvalitet

I 2006 vil kvalitetsarbeid stå sentralt. Sosial- og helsedirektoratet har fastsatt en nasjonal strategi for kvalitet. Spesialisthelsetjenesten skal være kjennetegnet av god kvalitet i alle ledd. Dette innebærer blant annet at tjenesten utøves innenfor faglig forsvarlig og dokumentert god praksis, rasjonell organisering, styring og ledelse, samt høy brukertilfredshet. Den medisinske utviklingen har høyt tempo. I årene etter sykehusreformen er det etablert et system med nasjonale kvalitetsindikatorer, der blant annet målinger på pasienttilfredshet inngår. Det etableres nye nasjonale medisinske kvalitetsregistre, og det er blant annet gjennom ledel-

sesprogrammet fokusert på hva som må til for å utvikle en lærende organisasjon, som gjennom erfaringer får til kontinuerlig forbedring. Kvalitetsutvalgene i sykehus, inklusiv det lovpålagte meldesystemet til Helsetilsynet som følger av spesialisthelsetjenestelovens § 3-3, er en viktig aktør i arbeidet med å høyne kvaliteten i pasientbehandlingen ved å gjennomgå uheldige hendelser og utvikle institusjonene som lærende organisasjoner. Utvalgene er også viktige for å ta tak i Helsetilsynets tilsynsrapporter på en systematisk måte for å sikre læringseffekter i alle ledd av organisasjonen. Departementet vil følge opp kvalitetsutvalgenes arbeid. Arbeid med utvikling av gode meldesystemer vil være en viktig oppgave.

Forskning er en viktig forutsetning for kunnskapsbasert praksis, og for å sikre høy kvalitet i diagnostikk og pasientbehandling. En fortsatt styrking av forskning i helseforetakene vil øke muligheten for å komme opp på nivå med de andre nordiske landene. Målesystemet viser at sykehus med universitetsfunksjoner bidrar vesentlig til forskningsaktivitet i tråd med den rolle de er tillagt. Universitetssykehusene skal også understøtte forskning i helseforetak uten universitetsfunksjoner. Det er en økning i forskningsaktivitet i enkelte helseforetak uten universitetsfunksjoner. Denne må imidlertid fortsatt styrkes. Det er behov for økt nasjonalt samarbeid og arbeidsdeling både når det gjelder prioritering av tematiske områder og etablering av infrastruktur.

Lokalsykehus

Lokalsykehusene har en sentral rolle i spesialisthelsetjenesten. Også i de store sykehusene er hoveddelen av pasientene lokalsykehuspasienter. Samlet sett utgjør lokalsykehuspasientene mellom 60 og 75 pst. av alle pasienter i sykehus. Utviklingsprosjektene som nå gjennomføres i de regionale helseforetakene som følge av 100 mill. kroner til styrking av lokalsykehusfunksjonen, skal understøtte dette (St.prp. nr. 65 (2004–2005) og Innst. S. nr. 240 (2004–2005)).

Grunnleggende krav til lokalsykehusene er trygghet, tilgjengelighet og kompetanse. Det skal være trygghet for at lokalsykehusets tilbud er plassert i en helhetlig og god tjenestestruktur. Det er viktig at helheten i tjenestestruktur blir formidlet til, forstått og akseptert av befolkningen. Pasient og pårørende skal erfare at helsetilbudet har kapasitet, tilgjengelighet, beredskap og gjennomføringsevne som er tilpasset reelle behov. Trygghet handler også om kvalitet og kompetanse. Faglig kompetanse er grunnlaget for utforming, bredde og omfang av tjenestetilbudet innen sykehuset. Omsetning av kompetanse til faktisk helsetjeneste skjer i direkte samhandling mellom pasient og behandler, og forutsetter at behandler er tilstrekkelig trenet til de aktuelle oppgaver. Dette forutsetter et visst antall pasienter, nært samarbeid om kompetansebygging og sammenhengende behandlingskjeder.

Lokalsykehusfunksjonen inkluderer de mer alminnelige spesialisthelsetjenester. Lokalsykehuset skal ivareta diagnostikk og behandling innen øyeblikkelig hjelp og planlagt behandling av store sykdomsgrupper. En annen viktig oppgave er opplæring av pasienter og pårørende om sine sykdommer og mestring av disse. Lokalsykehusfunksjonen kan være kontaktpunkt og bindeledd til mer høyspesialiserte tjenester.

Pasienter som kommer til lokalsykehuset skal tilbys utredning og behandling, organisert etter behandlingskjeder med utgangspunkt i pasientens behov. Det skal være behandlingskjeder for pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, behandlingskjeder for planlagte innleggelser, og kjeder for pasienter med kroniske tilstander. Tilbudet skal omfatte både somatikk og psykisk helsevern. Lokalsykehusfunksjonen skal igjen inngå i en helhet både mot primærhelsetjenesten og til den øvrige spesialisthelsetjenesten.

For hvert lokalsykehusområde skal det foreligge en struktur for akuttberedskap som angir sykehusets rolle og ansvar for akuttjeneste, hvilke oppgaver som utføres lokalt og hvilken kjede som foreligger for videreføring av pasienten til annet sykehus for de oppgavene lokalsykehuset ikke utfører. Akuttkjeden skal også ha en entydig og beskrevet samhandlingskjede innen øyeblikkelig hjelp med kommunehelsetjenesten.

For pasientgrupper med kroniske sykdommer skal det være etablert tydelige behandlingsregimer. Disse skal både inkludere samhandling med primærhelsetjenesten og høyspesialiserte tjenester. Det skal være et system for elektive tjenester der pasienten raskt og forutsigbart får tilbakemelding på henvisning, et entydig kontaktpunkt ved henvendelse til sykehuset, og pedagogisk utformet informasjon om behandlingstilbudet som blir foreslått. Lokalsykehusene skal ha et beskrevet og avtalebasert system for overføring, oppfølging og rehabilitering av pasientene. Systemet skal være lett tilgjengelig og pedagogisk formidlet til pasient og pårørende. Befolkningen skal lett kunne hente ut informasjon om sykehusets forskjellige tilbud.

Det skal være systemer for informasjonsutveksling om pasienter til fastlege, sykehjem og rehabiliteringsinstitusjoner. Informasjonsutvekslingen skal være kvalitetssikret og skal overføres uten tap av behandlingstid for pasienten. Informasjonsutveks-

ling begge veier skal i stor grad baseres på elektronisk samhandling gjennom helsenett.

Høyspesialiserte tjenester

Utvikling av høyspesialisert medisinsk kompetanse er viktig for å sikre en faglig oppdatert sykehustjeneste. Dagens høyspesialiserte tjenestetilbud omfatter kun en meget liten andel av det totale pasientvolumet (om lag 2 200) og flere funksjoner behandler kun en håndfull pasienter. Hensynet til å ivareta faglig kvalitet og effektiv ressursbruk begrunner den forskriftsfestede statlige reguleringen med opprettelse og nasjonal fordeling av landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra.

For å sikre et hensiktsmessig nasjonalt omfang, høy kvalitet og fordeling av høyspesialisert medisinsk kompetanse vil departementet styrke styringen av dette området. Viktige hensyn som må ivaretas er nasjonale behov, pasientgrunnlag og krav til faglig kvalitet samt effektiv ressursbruk. For enkelte landsfunksjoner med et særskilt lavt pasientvolum, vil det være aktuelt å vurdere nordisk eller nordeuropeisk samarbeid.

Departementet vil på denne bakgrunn be de regionale helseforetakene, som er tillagt ansvar for organisering av tjenestetilbudet, om å utarbeide forslag til en fremtidig helhetlig plan for organisering av høyspesialiserte tjenester. Modellen må legge til grunn at det etableres overordnede prioriteringsmessige kriterier og prosedyrer for etablering og fordeling av lands- og flerregionale funksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra. Modellen bør være dynamisk med utgangspunkt i at tjenestetilbudet er i stadig endring som følge av den medisinsk-teknologiske utviklingen, endringer i pasientvolum og kompetanseoppbygging. Dette tilsier behov for både sentralisering og desentralisering av de høyspesialiserte tjenestene og nasjonale medisinske kompetansesentra. Sosial- og helsedirektoratet, vil ut fra sin rolle og som departementets faglige rådgiver på området, gjennomgå materialet og gi sine tilrådinger før departementet tar sine avgjørelser.

Økonomiske krav – balanse 2006

Utviklingen så langt i 2005 viser at flere regionale helseforetak ser ut til å kunne nå resultatkravene for 2005, men utfordringene er fortsatt store i forhold til å oppnå økonomisk balanse. Balansekravet i 2006 står fast. Det foreslås 700 mill. kroner mer til drift sammenliknet med saldert budsjett 2005. Dette svarer til videreføring av vedtatt tilleggsbevilgning på 680 mill. kroner i forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 65 (2004–2005. Følgende forhold vil påvirke omstillingsutfordringene:

- Den sterke veksten i poliklinisk aktivitet på sykehusene fortsetter. Inneværende års budsjett la opp til en videreføring av poliklinisk aktivitet fra 2004, men utbetalingene har økt med 8 pst. Poliklinikktakstene for somatisk pasientbehandling og laboratorie- og røntgenvirksomhet i offentlig sektor er ikke fullt ut prisjustert svarende til om lag 67 mill. kroner mindre enn ordinær justering.
- Regionale helseforetak har fra 1. september 2005 fått et større ansvar for å planlegge hele tilbudet av laboratorie- og radiologitjenester. Aktiviteten innenfor privat og offentlig laboratorie- og røntgenvirksomhet har økt i 2005. Bevilgningen til regionale helseforetak i 2006 er ikke fullt ut kompensert for aktivitetsøkningen i 2005. Effektiviseringskravet avhenger av aktivitetsnivået på offentlige og private laboratorie- og radiologitjenester i 2006. Dersom regionale helseforetak legger opp til en videreføring av dagens nivå i 2006, svarer dette til et effektiviseringskrav på om lag 125 mill. kroner.
- De regionale helseforetakene skal overta finansieringsansvaret for fem overlegestillinger innen barnekreft fra 2006.

Det er avgjørende for de regionale helseforetakenes langsiktige økonomiske stilling og fremtidige handlingsrom at balanse oppnås og at nødvendig omstilling og effektivisering finner sted. Som tidligere varslet, jf. St.prp. nr. 1 (2004–2005) og St.prp. nr. 65 (2004–2005), vil det være nødvendig med ytterligere omstillinger i flere regioner for å innfri balansekravet. Disse omstillingene vil også kunne omfatte pasientrettet virksomhet.

Departementet har i 2005 hatt økt fokus på oppfølging av de regionale helseforetakene. Denne oppfølgingen vil bli videreført i 2006. Helse- og omsorgsdepartementet er orientert om at flere regionale helseforetak tar fastere styringsgrep ovenfor sine underliggende helseforetak. Departementet forventer imidlertid at sterkere styring og tettere oppfølging realiseres i samtlige av de regionene som ennå ikke har oppnådd økonomisk balanse.

Investeringsområdet

Departementet vil i kommende periode gjennomgå omfang og innretting av helseforetakenes investeringer. Arbeidet er aktualisert ved de omfattende investeringsprosjekter som er under planlegging i foretakene, samtidig som det nå pågår en rekord-

høy investeringsaktivitet sammenholdt med tidligere. Investeringsaktivitetene gjøres bl.a. for å møte behovet for endringer både i forhold til kapasitet, strukturer, teknologisk utvikling og funksjonsfordeling, samtidig som de regionale helseforetakene skal møte kravet om effektivisering av den samlede kapitalen. I perioden fra 2002 til 2004 har det samlede investeringsnivået vært om lag 16 mrd. kroner. Alle utbygginger kan åpenbart ikke skje parallelt eller realiseres innenfor en kort tidshorisont. Helse- og omsorgsdepartementet vil derfor i samarbeid med de regionale helseforetakene foreta en gjennomgang av de samlede planer. Intensjonen med departementets forestående gjennomgang og vurdering, er i større grad å sikre et nasjonalt perspektiv for å unngå overinvesteringer og oppbygging av parallelle tilbud, samt at planlegging av prosjekter skal skje i samsvar med de retningslinjer som gjelder på området.

Overordnet om det etablerte styringssystemet for investeringer

De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for investeringer og drift i egen region. Gjennom sykehusreformen er det gitt langt bedre muligheter for å se drift og kapital (bygg og utstyr) i sammenheng, og lagt til rette for bedre anvendelse av kapital som viktig innsatsfaktor i spesialisthelsetjenesten. Ved at regnskapslovens bestemmelser er innført blir kostnader ved kapitalslit fordelt (avskrevet) over forventet levetid. Dette innebærer at avskrivninger blir en driftskostnad på lik linje med andre driftskostnader i helseforetakenes regnskaper. Midler til å dekke årlige avskrivningskostnader er en del av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. Hensikten er både å gi helseforetakene et bedre beslutningsgrunnlag for valg mellom vedlikehold og fornyelse av bygg og utstyr, samt muligheten for valg mellom bruk av innsatsfaktorene arbeidskraft og kapital. Med de levetider som helseforetakene nå bruker, vil midlene for å dekke avskrivninger som er lagt inn i basisbevilgningen gi rom for å gjenanskaffe om lag 60 pst. av den kapital som foretakene tok over 1. januar 2002. Over tid må det derfor skje en effektivisering av bygningsmassen for å tilpasse seg til dette inntektsnivået.

Den etablerte ansvarsstrukturen tilsier at de regionale helseforetakene har kompetanse til å beslutte at prosjekter skal igangsettes samt ansvar for at prosjektene gjennomføres innenfor regionens samlede ressursrammer. Samtidig er betydningen av en viss overordnet nasjonal styring vektlagt. De regionale helseforetakene skal ved planlegging av investeringsprosjekter over 1 mrd. kroner, tidlig i planprosessen legge slike planer fram for departementet. Videre har departementet satt krav til at det etableres særskilte systemer og rutiner for styring, kontroll og kvalitetssikring for gjennomføring av de største investeringsprosjektene. Departementets erfaring hittil er at de regionale helseforetak har hatt god styring i gjennomføringsprosessen av enkeltstående større byggeprosjekter, både med hensyn til at fremdrift og kostnader forløper i henhold til beslutningsunderlag.

I planarbeidet som nå gjøres i de regionale helseforetakene for å møte behovet for endringer både i forhold til kapasitet, strukturer og funksjonsfordeling er det nødvendig både å avhende bygningsmasse som ikke lenger er egnet, rehabilitere bygningsmasse og å gjøre nyinvesteringer. Når det gjelder eventuell avhending av eiendom må foretakene følge de rammer som gjelder for området. Salg av fast eiendom over en viss beløpsgrense må legges frem i foretaksmøte, hvor det må tas stilling til de enkeltstående salg, jf. helseforetaksloven § 31 Salg av foretakets faste eiendommer mv. Eiendommer som fases ut av virksomheten kan realiseres økonomisk med tanke på å finansiere nye ervervelser og utbygginger, jf. sosialkomiteens behandling av Ot. prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.v., Innst. O. nr. 118 (2000–2001). Eventuell avhending må også sees i lys av Stortingets behandling av Ot. prp. nr. 56 (2004–2005) Om lov om endring i lov av 15. juni 2001 nr 93 om helseforetak. Departementet har igangsatt et arbeid for å klargjøre rammene for avhending av eiendom, herunder å vurdere på hvilken måte inntekter fra salg skal inngå i det samlede inntektsbildet for de regionale helseforetakene.

Finansiering av store investeringer

Det vises til flertallsmerknad i Innst. S. nr. 240 (2004–2005) hvor det ble bedt om en utredning om hvordan store byggeprosjekter kan finansieres på en adekvat måte i årene fremover.

Som tidligere omtalt innebærer det etablerte systemet at midler for å dekke avskrivninger er lagt inn i inntektsgrunnlaget som en del av den årlige basisbevilgningen. Gjennom dette er de regionale helseforetakene gjort kjent med framtidige rammebetingelser knyttet til kapital, som er en viktig forutsetning for å kunne planlegge og å fatte investeringsbeslutninger. De regionale helseforetakene kan dermed ut fra kjente fremtidige rammebetingelser velge å foreta et systematisk periodisk vedlikehold av eksisterende bygningsmasse, eller velge å bygge nytt. Ved planleggingen må foreta-

kene påse at fremtidige kostnader ved investeringer lar seg håndtere innenfor kommende års økonomiske rammer.

Framtidig kostnadsbilde avhenger av to forhold:

- framtidige driftkostnader knyttet til investeringer (inkl. eventuelle økte avskrivningskostnader)
- rentekostnader knyttet til lånefinansiering av investeringen

Framtidige driftskostnader avhenger av om det er lagt opp til en rasjonell og hensiktsmessig drift i nybygget, samt om investeringen medføre endringer knyttet til årlige avskrivninger. Videre vil valg av finansieringsform og grad av lånefinansiering påvirke framtidig kostnadsbilde i form av rentekostnader. Det legges her til grunn at de regionale helseforetakene, ved beslutning om gjennomføring av enkeltstående prosjekter, også må reflektere disse prioriteringene når det gjelder finansieringsløsning – slik at tilførte avskrivningsmidler kanaliseres til gjennomføringen av prioriterte prosjekter for å redusere rentebelastningen. De regionale helseforetakene kan velge å holde årlige investeringer på samme nivå som tilførte avskrivningsmidler i basisbevilgningen for å forhindre fremtidig rentebelastning, eller ta opp lån for å gjennomføre flere prioriterte prosjekter samtidig og dermed få en økt rentebelastning. Dette er forhold de regionale foretakene må vurdere og prioritere i et regionalt perspektiv både med hensyn til helsefaglige innretning og økonomiske rammer.

Dersom det skjer en kvalitets- og/eller kapasitetmessig økning av bygningsmassen utover det inntektsnivået gir rom for, må dette skje enten ved effektivisering eller ved økte overføringer. Økte overføringer kan skje ved en generell økning av inntektsnivå (økning i de regionale foretakenes basisrammer) eller ved beslutning om særskilt investeringstilskudd til enkeltprosjekter. Sistnevnte metode innebærer at helseforetaket ikke vil ha økonomi til å gjenanskaffe investeringen fullt ut, da tilskuddet er en engangsbevilgning. Det er tidligere besluttet særskilt investeringstilskudd som bidrag til gjennomføring av tre byggeprosjekter. Dette er besluttet på bakgrunn av disse prosjektenes særskilte historikk og etter grundig prosjektgjennomgang som inkluderte krav om kostnadsreduksjon i prosjektene. Det statlige investeringstilskuddet har vært gitt i tillegg til de generelle avskrivningsmidlene som ligger i basisrammen. Det må i denne forbindelse fremheves at fordeling av midler gjennom basisrammen og økninger av denne skjer med basis i objektive kriterier. Når det gjelder vedtak om særskilte investeringstilskudd gjelder ikke disse objektive kriteriene. Det har dermed vært en betydelig økonomisk satsing på investeringstiltak i tre av landets fem helseregioner og den ekstraordinære satsingen har vært ulik mellom disse regionene.

Med bakgrunn i de nevnte tildelinger av investeringstilskudd til tre regioner, har det kommet innspill fra styrene i Helse Vest og Helse Nord om særskilte utfordringer knyttet til gjennomføring av planlagte investeringsprosjekter også i disse helseregionene.

Oppsummering

Gjennomføring av investeringsprosjekter og fremtidig kostnadsbilde knyttet til prosjektene avhenger ikke av investeringsprosjektets størrelse, men om investeringen medfører fremtidige økte kostnader som avskrivninger, øvrige driftskostnader eller renter. Et helseforetaks valg av investeringsprofil som legger til rette for kontinuerlig vedlikehold og oppdatering av eksisterende bygningsmasse, eller igangsetting av flere mindre prosjekter samtidig i en region, vil over tid ha de samme kostnadsmessige implikasjon som gjennomføring av store prosjekter. Departementet er av den oppfatning at det ikke bør etableres særskilte finansieringsløsninger som kun knyttes opp mot gjennomføring av større byggeprosjekter. Det er tidligere besluttet særskilte investeringstilskudd til tre enkeltprosjekter. Slike investeringstilskudd innebærer for det første at det ikke er økonomi til å gjenanskaffe investeringen fullt ut. Videre vil tildeling av investeringstilskudd til enkeltprosjekter vanskelig la seg gjøre med bakgrunn i objektive kriterier og vil derfor kunne føre til uheldige spillsituasjoner.

Departementet er derfor av den oppfatning at finansiering knyttet til realisering av investeringsprosjekter bør skje gjennom de generelle rammer som gis til de regionale helseforetakene.

Systemomlegginger

Norsk pasientskadeerstatning

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) sitt dekningsområde omfatter blant annet helseforetakene, jf. omtale under kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning. NPE krever inn premier fra regionale helseforetak etter skadestatistikk. Inntekter til regionale helseforetak for å dekke premien bevilges under kap. 732 postene 71 til 75, jf. St.prp. nr. 1 (2003–2004). I tillegg til premier fra regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner, har staten ved Helse- og omsorgsdepartementet finansiert erstatningsutbetalingene fra NPE. Helseforetakene betaler også egenandeler til NPE når

pasienter får medhold og mottar erstatningsutbetalinger.

Det foreslås at regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner fra 2006 selv skal finansiere erstatningsutbetalingene fra NPE. Staten vil dekke kostnadene knyttet til å forvalte pasientskadeordningen. Formålet med omleggingen er å underbygge det ansvar leverandører av helsetjenester har for å sikre tjenester av god kvalitet, jf. omtale under kap. 722. Midler fra kap. 722 post 50 på 414,6 mill. kroner overføres til kap. 732 postene 71–75 etter befolkningstall.

Erstatningsutbetalingene fra NPE har økt mye siden opprettelsen i 1988. I 1995 var de samlede erstatningsutbetalinger 106 mill. kroner, i 2000 226 mill. kroner og i 2004 398 mill. kroner. Det er usikkerhet knyttet til nivået på erstatningsutbetalingene i 2006. Det legges opp til en modell der staten etterskuddsvis kan kompensere partene dersom veksten i erstatningsutbetalingene fra et år til et annet blir meget stor. Regjeringen vil i Revidert nasjonalbudsjett 2006 vurdere behovet for en særskilt økonomisk kompensasjon.

Finansiering av legemiddelgruppen TNF-hemmere, bl.a. Remicade

Legemidler i gruppen TNF-hemmere (tumornekrosefaktor – hemmere) brukes i behandlingen av revmatiske sykdommer. Det er flere TNF-hemmere på markedet som i hovedsak kan erstatte hverandre i bruk. Legemiddelet Remicade krever poliklinisk sykehusbehandling. Sykehusene må dels finansiere Remicade selv ved bruk av basisbevilgningen og dels får sykehusene refundert utgiftene gjennom tilleggsrefusjonsordninger som er etablert spesielt for dette legemiddelet (jf. folketrygdloven § 5-15 (leddgikt) og ordningen med innsatsstyrt finansiering (Crohns sykdom)). De andre TNF-hemmerne kan pasientene ta selv. Disse legemidlene finansieres derfor fullt ut gjennom refusjon over blåreseptordningen, etter søknad fra lege (individuell refusjon etter blåreseptforskriften § 10a).

Felles for alle TNF-hemmerne er at pasientene i all hovedsak behandles av spesialister på sykehus. Forskjell i finansieringsordning for disse legemidlene, på grunn av ulik administrasjonsmåte, kan imidlertid påvirke sykehuslegens valg av legemiddel. Dette kan føre til en utilsiktet forbruksvridning mellom de enkelte legemidlene.

Departementet mener det er viktig å etablere mest mulig nøytrale finansieringsordninger for angjeldende legemiddelgruppe. Det foreslås derfor at ansvaret for finansiering av TNF-hemmerne overføres til de regionale helseforetak fra 1. juni 2006. Innenfor sykehusene vil bruk av TNF-hemmere bli underlagt prioritering på linje med annen behandling. Det legges opp til å utvikle retningslinjer for bruk av TNF-hemmere som vil understøtte riktig prioritering, herunder hvilke pasienter som bør få slik behandling. For andre indikasjoner enn de som i dag omfattes av folketrygdlovens § 5-15 (leddgikt) og tilleggsrefusjon gjennom ordningen med innsatsstyrt finansiering (Crohns sykdom), dekker de regionale helseforetakene selv legemiddelkostnadene ved bruk av Remicade.

Nærmere om forslaget til ny permanent finansieringsordning

Som omtalt ovenfor, kan dagens ulike finansieringsordninger bidra til utilsiktet forbruksvridning mellom de enkelte legemidlene. Videre skal det påpekes at det blant annet innenfor en ordning med tredjepartsfinansiering er vanskelig å etablere reell priskonkurranse mellom patenterte legemidler til tross for at disse langt på vei kan erstatte hverandre. Det er derfor ingen reell priskonkurranse mellom de ulike TNF-hemmere som finansieres over blåreseptordningen. Folketrygden dekker hele legemiddelkostnaden begrenset opp til legemiddelets maksimale pris fratrukket eventuell egenandel. Produsenten av Remicade, dvs. det legemiddelet som sykehusene selv delvis finansierer, har gitt en rabatt på 9 pst. i 2005. Departementets vurdering er at den finansieringsordningen som er etablert for legemidlene ikke stimulerer til reell priskonkurranse.

Behandling med TNF-hemmere er kostbar, anslagsvis 150 000 kroner per pasient, og legemiddelgruppen vokser rakst i omsetning. Samlet omsetning i 2005 anslås til 750 mill. kroner, en økning på om lag 200 mill. kroner sammenlignet med utgiftene i 2004. Samlet omsetning i 2005 er tilstrekkelig til å behandle anslagsvis 5000 pasienter. Det faktum at behandlingen er meget kostbar stiller store krav til riktig prioritering. Den finansieringsordningen som er etablert gir svake insentiver i forhold til riktig prioritering fordi kostnadene dekkes over blåreseptordningen (tredjepartsfinansiering).

Forslaget om å overføre finansieringsansvaret for alle TNF-hemmerne til de regionale helseforetakene tilsvarer i hovedsak finansieringsordningen i Danmark og Sverige. Departementet foreslår også at det igangsettes et arbeid for å utarbeide nasjonale retningslinjer for bruk av TNF-hemmere. Tall fra reseptregisteret tyder på at det er geografiske forskjeller i bruk. Etter departementets vurdering vil nasjonale retningslinjer sikre større geografisk likhet i bruk. Dette arbeidet vil

utføres i samarbeid med relevante fagmiljøer. Det tas sikte på at retningslinjene innføres i løpet av 2. halvår 2007.

Det overføres 404,2 mill. kroner til basisbevilgningen til de regionale helseforetakene til dekning av utgiftene til TNF-hemmerne fra 1. juni 2006. Midlene vil bli fordelt til de regionale helseforetakene etter faktisk bruk basert på tall fra reseptregisteret og data fra tilleggsrefusjoner utløst gjennom ISF-systemet. Gjenstående beløp på folketrygden skal dekke utgifter til legemidler som er hentet ut av apotek frem til utgangen av mai, hensyntatt et etterslep på en måned fra apotekene sender krav til RTV har foretatt oppgjør. Ved overføring av ansvaret har departementet lagt til grunn at de samlede utgiftene til TNF-hemmere øker til 910 mill. kroner i 2006. Prognosen for 2006 er utarbeidet på basis av forbruksutviklingen for legemidlene frem t.o.m. august 2005. Det forutsettes ikke noen innsparinger som følge av ansvarsoverføringen i budsjettet for 2006. Ved fastsettelse av det økonomiske opplegget for de regionale helseforetakene i 2007 vil departementet ta hensyn til at det er en vekst i omsetning av disse legemidlene.

Departementet vil frem mot 1. juni 2006, i samarbeid med de regionale helseforetakene og andre berørte parter, arbeide med å etablere de administrative ordningene som følger av ansvarsoverføringen.

Ny inntektsfordeling

Det vises til St.meld. nr. 5 (2003–2004), jf. Innst. S. nr. 82 (2003–2004) hvor det ble lagt fram følgende tiltak for fordeling av basisbevilgningen:

1. Fra 2005 fordeles basisbevilgningen med 50 pst. vekt på fordeling i 2003 og 50 pst. vekt på kostnadsnøkler.
2. Det gis et særskilt tillegg i basisbevilgningen til Helse Nord finansiert innenfor totalrammen til helseforetakene.
3. Omleggingen gjennomføres gradvis i løpet av fem år.
4. Inntekter til dekning av avskrivninger bevilges gjennom basisbevilgningen fra 2004. Midlene fordeles med 50 pst. vekt på den faktiske fordelingen av kapital mellom regionale helseforetak og 50 pst. vekt på kostnadsnøklene.

I forslaget til statsbudsjett for 2005 fulgte Helse- og omsorgsdepartementet opp tiltakene. Ved Stortingets behandling av budsjettforslaget, jf. Budsjettinnst. S. nr. 11 (2004–2005), ble basisbevilgningene til regionale helseforetak økt med 500 mill. kroner. 350 mill. kroner ble fordelt på ordinær måte, mens 150 mill. kroner ble tildelt særskilt til Helse Vest RHF (100 mill. kroner) og Helse Midt-Norge RHF (50 mill. kroner). Tilleggsbevilgningen på 150 mill. kroner innebærer at overgangsperioden ble redusert med om lag ett år, slik at det nå gjenstår tre år av omleggingen før de regionale helseforetakene får den relative andelen av basisbevilgningen som er forutsatt i St.meld. nr. 5 (2003–2004). Nedenfor følger en tabell som viser de samlede omfordelingsvirkningene, dvs. når overgangsordningen er avviklet, og virkningen i 2005 og 2006. Oppgaveendringer, endringer i inntektsstrømmer (ISF-sats mv.), demografisk utvikling mv. har påvirket omfordelingsvirkningene i 2006 i forhold til 2005.

(i mill. 2006 kr.)

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF
Samlet endring i mill. kr.	-92	-219	+251	+134	-74
Endring i 2005	-76	-69	+120	+53	-29
Endring i 2006	-5	-50	+43	+27	-15

Tabellen viser at Helse Vest og Helse Midt-Norge vil få økte overføringer, mens Helse Øst, Helse Sør og Helse Nord får reduserte overføringer. Bevilgningsforslagene under kap. 732 postene 71–75 for 2006 er endret i tråd med dette.

Resultatmåling og regnskapsavleggelse i de regionale helseforetakene

Det vises til Ot.prp. nr. 56 (2004–2005) Om lov om endring i lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak mm. (helseforetaksloven), og Odelstingets avvisning av forslaget, jf. Innst. O. nr. 93 (2004–2005). I denne proposisjonen foreslo regjeringen et opplegg for verdifastsettelse av de regionale helseforetakenes åpningsbalanser som ville gitt enklere sty-

ring og oppfølging av foretakene. Videre innebar forslaget et pålegg om å effektivisere bruken av innsatsfaktoren kapital i helseforetakene og/eller gjennomføre andre effektiviseringer, med bakgrunn i at foretakene ikke er satt i stand til å gjenanskaffe all kapital (bygg og utstyr) som de overtok i forbindelse med sykehusreformen med nåværende inntektsnivå.

Ved at forslaget i Ot.prp. nr 56 (2004–2005) ble avvist, samtidig som Stortingets krav om økonomisk balanse ble utsatt til 2006 (jf. St.prp. nr. 65 (2004–2005) og Innst. S. nr. 240 (2004–2005)), oppstår en rekke utfordringer når det gjelder resultatmåling i foretakene.

For det første vil årlige avskrivningskostnader (ikke-betalbare kostnader) blir høyere enn de som er lagt til grunn i beregningen av inntektene til foretakene. Dette innebærer at det genereres et årlig regnskapsmessig underskudd i foretakene. I praksis må foretakene effektivisere tilsvarende for å kunne gjenanskaffe all kapitalen de overtok, dersom ikke inntektene økes. For det andre er det lagt til grunn at dette underskuddet ikke skal inngå i styringsmålene knyttet til ressursbruk og tjenesteproduksjon som Stortinget har forutsatt for foretakene, jf. St.prp. nr. 63 (2003–2004) jf. også Innst. S. nr. 250 (2003–2004). Det vises også til at Stortingets krav om økonomisk balanse i 2006 er basert på disse forutsetningene. Foretakenes regnskapsmessige resultater må derfor korrigeres for dette underskuddet før de brukes i styring, oppfølging og i kommunikasjon med Stortinget. Helseforetakene må dermed operere med to ulike resultatbegrep. For å kunne framstå med disse to resultatbegrepene må helseforetakene benytte to sett med verdier og levetider for de anleggsmidlene som inngår i åpningsbalansen. Dette er i utgangspunktet krevende og vil øke i kompleksitet etter hvert som tiden går og stadig flere nye investeringer blir foretatt.

Det vil i tillegg bli stadig vanskeligere for eier å etterprøve foretakenes beregning av korrigeringsfaktorene, noe som kompliserer styringen og oppfølgingen av foretakene vesentlig.

Årsregnskapene for regionale helseforetak for 2003 og 2004

I 2003 og 2004 ble årsregnskapene for foretakene avlagt med balanser hvor all kapital overtatt i forbindelse med sykehusreformen, ble verdsatt til gjenanskaffelseskost redusert for slit og elde mv. Avskrivninger av disse verdiene ble resultatført i foretakenes driftsregnskaper. Underskudd som følge av økte avskrivningskostnader fordi verdien av balansen er høyere enn det departementet hadde lagt opp til, ble ført mot et strukturfond som del av egenkapitalen i de regionale helseforetakene. Den delen av underskuddet som ble generert fordi det er benyttet kortere levetider enn departementet la til grunn, ble regnskapsført som øvrige underskudd.

Når departementet har kommunisert regnskapsresultatene i de regionale helseforetakene er det gjort korrigeringer for disse to forholdene slik at resultatbegrepet skal være i overensstemmelse med måten som Stortingets balansekrav er satt på.

Departementets forslag til løsning

På bakgrunn av det ovenstående mener departementet at det er viktig å finne fram til et resultatmål som er entydig og enkelt og i samsvar med den åpningsbalansen som er etablert som følge av Stortingets avvisning av Ot.prp. nr. 56 (2004–2005). Dette er viktig både for å sikre etterprøvbarhet, kontroll og av hensyn til et lettere tilgjengelig styringssystem for spesialisthelsetjenesten. Samtidig må resultatmålet gi informasjon om i hvilken grad foretakene har oppnådd kravet om balanse i 2006.

Departementet foreslår at eiers resultatmåling for årene 2005 og 2006 skal være i overensstemmelse med Stortingets balansekrav, og at regjeringen i revidert nasjonalbudsjett for 2006 legger fram et forslag til hvordan helseforetakene skal måles resultatmessig fra og med 2007.

Landsvernplan for kulturhistoriske eiendommer

Regjeringen har vedtatt å utarbeide landsverneplaner for den enkelte sektors eiendomsportefølje (kulturhistoriske eiendommer). Formålet med landsverneplaner er å verne et utvalg kulturminner og kulturmiljøer som dokumenterer virksomheten og historien innenfor sektoren. Dette vil også være et viktig redskap for helseforetakenes fremtidige eiendomsforvaltning. Helse- og omsorgsdepartementet har høsten 2005 startet et forprosjekt sammen med Forsvarsbygg om dette. Et foreløpig anslag fra departementets side er at prosjektet vil koste om lag 8 mill. kroner fordelt over 2 år. Det foreslås at 4 mill. kroner trekkes fra rammen til de regionale helseforetakene for å dekke utgifter til prosjektet i 2006.

Finansiering av fem overlegestillinger i barnekreft

Kreftforeningen har siden 1984 finansiert fem overlegestillinger i barnekreft ved hhv. Ullevål universitetssykehus, Rikshospitalet – Radiumhospitalet, St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Nord-Norge

og Helse Bergen. Oppgavene som utføres av disse fem overlegene er klart integrert i det offentlige tilbudet på universitetssykehusene. De regionale helseforetakene må derfor fra 2006 fullt ut inneha ansvaret for de fem overlegestillingene som i dag finansieres av Kreftforeningen.

Kompensasjon for merverdiavgift

Helsetjenester er unntatt fra merverdiavgiftsplikt. Virksomheter som produserer slike tjenester, som for eksempel helseforetakene, har derfor ikke fradragsrett for merverdiavgift på anskaffelser til bruk i virksomheten. På denne måten gir merverdiavgiften et økonomisk motiv til blant annet å produsere enkelte støttetjenester (for eksempel renhold, vask, vedlikehold) med egne ansatte fremfor å kjøpe disse tjenestene med merverdiavgift fra private leverandører.

I St.prp. nr. 1 (2004–2005) Skatte-, avgifts- og tollvedtak varslet regjeringen at den ville komme med forslag til en kompensasjonsordning som nøytraliserer merverdiavgiften for helseforetak mv. i budsjettet for 2006. Finansdepartementet utarbeidet sammen med Helse- og omsorgsdepartementet et forslag til en slik ordning. Forslaget var på høring sommeren 2005.

I høringsnotatet ble det lagt opp til at kompensasjonsordningen skal være provenynøytral. Dette innebærer at den samlede merverdiavgiftskompensasjonen trekkes inn igjen ved å redusere overføringene til helseforetakene. Departementene foreslo i høringen at ordningen også bør omfatte enkelte private virksomheter som produserer spesialisthelsetjenester etter avtale med regionale helseforetak. Kompensasjonen for helseforetak mv. ble i høringsnotatet foreslått gjennomført ved å utvide den eksisterende kompensasjonsordningen for kommunesektoren. For helseforetak mv. ble det imidlertid lagt opp til å holde investeringer utenfor ordningen. Begrunnelsen var at helseforetakene nå er inne i en periode med relativt høyt investeringsnivå, noe som gjør det vanskelig å gjennomføre et nøytralt, varig trekk i overføringene på statsbudsjettet. I tillegg varierer investeringsaktiviteten betydelig mellom regionale helseforetak. Siden det ble lagt opp til at ordningen i utgangspunktet skulle finansieres gjennom en engangsjustering av overføringene fra staten, ble det vanskelig å unngå omfordeling mellom regionale helseforetak dersom investeringer skulle omfattes av ordningen.

Departementet har mottatt om lag 25 høringsuttalelser. Høringsinstansene er gjennomgående positive til at det innføres en ordning med kompensasjon for merverdiavgift for helseforetak, men har fremmet en rekke innsigelser mot hvordan ordningen er foreslått gjennomført. Dette gjelder spesielt punktet om å holde investeringer utenfor ordningen. For en nærmere omtale av høringsrunden, se St.prp. nr. 1 (2005–2006) Skatte-, avgifts- og tollvedtak.

Etter å ha vurdert høringsuttalelsene, er Finansdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet enige i at en ordning med kompensasjon for merverdiavgift for helseforetak må omfatte investeringer. Som nevnt er dagens nivå på investeringsaktiviteten relativt høyt, og det er store forskjeller i investeringsaktiviteten mellom regionale helseforetak. Dette gjør det svært vanskelig å få til et nøytralt, varig trekk i overføringene på statsbudsjettet. Alternativet er justeringer av trekket i flere omganger (både nivået og mellom regionene) som ikke bare vil gi uheldige incentivvirkninger, men også vil framstå som uhensiktsmessig. På denne bakgrunn mener Finansdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet at innføring av en ordning med merverdiavgiftskompensasjon for helseforetakene bør utsettes til investeringsnivået i helseforetakene har kommet ned på et mer normalt nivå.

Post 21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren

Rapport 2004 og status 2005

For å styrke kvaliteten og kontrollapparatet med ISF-ordningen ble det i 2004 overført 5,0 mill. kroner fra kap. 732 postene 71–75 til kap. 732 post 21 for å styrke innsatsen knyttet til koderevisjon og standardisering av koding. Midlene er stilt til disposisjon til SINTEF Helse og arbeidet skjer i regi av SINTEF Helse gjennom et samarbeid med Dnlf og de medisinske fagmiljøene. Midlene er videreført i 2005. Det er gitt en nærmere omtale av dette arbeidet under kap. 732 post 76.

Arbeidet med den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten ble i hovedsak gjennomført i 2001 og 2002. Etter dette har det vært aktiviteter knyttet til overføringer av formuesposisjoner fra fylkeskommunene til staten og bistand knyttet til arbeidet med å etablere åpningsbalanser for sektoren.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Rikstrygdeverket utført en kontroll av utbetalingsgrunnlaget på bevilgningene under kap. 732 post 77 og kap. 2711 post 76. Det vises til nærmere omtale under postene. Rikstrygdeverket analyserer også aktiviteten til offentlige og private laboratorier og røntgeninstitutter. Prosjektrapporten skal være ferdig i løpet av 2005.

Budsjett 2006

Det foreslås å bevilge 15,2 mill. kroner under kap. 732 post 21 i 2006. Bevilgningen for 2006 vil i hovedsak gjelde departementets videre oppfølging og kontroll av sektoren. Arbeidet med å styrke kvaliteten og kontrollapparatet med ISF-ordningen videreføres i 2006. I tillegg vil bevilgningen benyttes til videreføring av igangsatte aktiviteter som for eksempel måling av forskningsresultater i helseforetakene, norsk og nordisk DRG-programvare og Nordisk senter for klassifisering av sykdommer. Det er i tillegg avsatt 4,0 mill. kroner til landsvernplan for kulturhistoriske eiendommer.

Prosjektet «Stol på egne krefter» – rekruttering og stabilisering av legespesialister i Helse Finnmark

Helse Finnmark har etablert prosjektet «Stol på egne krefter» som har til hensikt å bidra til rekruttering og stabilisering av legespesialister i Helse Finnmark. Prosjektet innebærer at legene under spesialisering gis sikkerhet for fullført spesialisering innen normert tid. Dette gjøres ved at Helse Finnmark tilrettelegger tjenesten, og også inkluderer nødvendig gruppe 1 tjeneste. I tillegg etableres faglige nettverk, hospiteringsordninger og satsning på fagutviklingsprosjekter/forskning for etablerte legespesialister, blant annet slik at Helse Finnmark kan vedlikeholde og utvikle attraktive kompetansemiljøer. Departementet yter tilskudd til prosjektet i 2006.

Post 70 Tilskudd til helseforetakene

Innledning

Hovedregelen er at tildeling til basisbevilgningene til de regionale helseforetakene skjer på separate poster, postene 71–75. Særskilte forhold gjør det nødvendig at det også bevilges midler over en felles post (post 70). Bevilgningsforslaget under post 70 på totalt 3 308,2 mill. kroner dekker tilskudd til følgende formål:

	(i mill. kr.)
Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt (kun rapportering)	
Pasienttransport og reiseutgifter for helsepersonell	1772,6
Opptreningsinstitusjoner mv.	919,5
Luftambulansetjenesten	59,2
Nasjonale kompetansesentre for sjeldne funksjonshemninger	62,9
Tilskudd til Vikensenteret (kun rapportering)	
Kompensasjon for bortfall av differensiert arbeidsgiveravgift	494,0

De enkelte tilskuddene er nærmere omtalt nedenfor.

Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Formålet med tilskuddet er å styrke tilbudet innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt utenfor sykehus. Tilskuddet i 2005 var på 15,0 mill. kroner og benyttes i hovedsak til tiltak i kommunehelsetjenesten og enkelte tiltak i regi av private/ideelle organisasjoner. Det foreslås at midlene knyttet til prosjekter innen lindrende behandling utenfor sykehus overføres til kap. 761 ny post 67 Tilskudd til spesielle tiltak i 2006.

Pasienttransport og reiseutgifter for helsepersonell

Ansvaret for pasienttransport, oppholdsutgifter og transport av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten ble overført fra trygdeetaten til regionale helseforetak i 2004. Målsetningen med overføringen er å stimulere til behandling nær pasientens bosted når dette er til fordel for pasienten og representerer sparte utgifter til pasienttransport. Ved å samle ansvaret for spesialisthelsetjeneste og pasienttransport vil det være lettere å se disse tjenestene i sammenheng.

Finansieringsansvaret for pasienttransport har i 2004 og 2005 vært delt mellom staten og regionale helseforetak. Regionale helseforetak tilføres midler til pasienttransport over kap. 732 post 70, mens statens utgifter har vært dekket over kap. 732 post 80 Pasienttransport.

Resultat 2004 og status 2005

Ansvaret for pasienttransport tilligger helseforetakene slik at behandlingstilbud og transport kan koordineres. Det er gjennomført anbudsrunder

med drosjenæringen og inngått nye kontrakter innenfor de fleste områder. De totale utbetalingene til pasienttransport (inkl. oppholdsutgifter) var på 1585 mill. kroner i 2004. Dette tilsvarer en økning på om lag 2 pst. i nominelle priser fra 2003. En har da tatt hensyn til økningen av egenandeler fra 1. januar 2004. Dette representerer en lavere utgiftsvekst sammenlignet med årene 1999–2002, da økningen hvert år var på over 10 pst. Det antas at anbudsrunder med transportører har bidratt til dette.

En årsprognose basert på regnskapstallene for de seks første måneder i 2005 tilsier at utbetalingene til pasienttransport, herunder oppholdsutgifter, vil øke med om lag 4 pst. sammenlignet med 2004. En har da tatt hensyn til økningen av egenandeler fra 1. januar 2005.

Mål 2006

Det vises til St.prp. nr. 65 (2004–2005) der Helse- og omsorgsdepartementet foreslo at alle utgifter (100 pst.) til pasienttransport skal dekkes av regionale helseforetaks rammer fra 2006. Forslaget innebærer at risikodelingen av ansvaret mellom stat og de regionale helseforetakene opphører. Dette innebærer at midler flyttes fra kap. 732 post 80 til kap. 732 post 70.

Regionale helseforetak har siden 2004 vært ansvarlig for anbudsrunder og inngåelse av transport- og oppgjørsavtaler med transportører. Det vises til St.prp. nr. 65 (2004–2005) der det ble redegjort for at ansvaret for direkte oppgjør (utbetaling og kontroll) til transportører bør ligge hos helseforetakene. Dette er tjenester som regionale helseforetak i dag kjøper fra trygdeetaten. I tillegg til direkte oppgjør med transportører omfatter kjøpet også behandling av enkeltsaker på lokale trygdekontor (førstelinjen). De regionale helseforetak og Rikstrygdeverket har startet forhandlinger med sikte på å inngå en ny avtale gjeldende fra 1. januar 2006. I avtalene må det tas høyde for framtidig forvaltningsansvar på helseområdet, jf. St.prp. nr. 46 (2004–2005) Ny arbeids- og velferdsforvaltning.

Formålet med fritt sykehusvalg er å stimulere til bedre utnyttelse av kapasitet på tvers av regionale grenser. En del av reisene for pasienter som behandles utenfor egen bostedsregion, medfører store reisekostnader som må dekkes av den regionen pasienten hører hjemme. Det foreslås at egenandelen ved bruk av fritt sykehusvalg utenfor egen helseregion, økes fra 220 kroner til 400 kroner hver vei fra 1. januar 2006, dvs. fra 440 til 800 kroner tur/retur. SINTEF Helse har foretatt en undersøkelse av bruken av fritt sykehusvalg. I 2003 ble bruk av fritt sykehusvalg utenfor egen helseregion benyttet ved 0,75 pst. av alle planlagte reiser inn til sykehusene (innleggelser og polikliniske konsultasjoner). Undersøkelser viser at det er en klar sammenheng mellom antall sykehusopphold og fritt sykehusvalg. Jo flere sykehusopphold siste 12 måneder, dess mindre er tilbøyeligheten til å benytte seg av fritt sykehusvalg. Om lag 70 pst. av de som benyttet seg av fritt sykehusvalg ville også benyttet ordningen selv om egenandelen økte til 400 kroner hver vei.

Forslaget om økt egenandel må følges opp med endring av § 6 tredje ledd i forskrift av 19. desember 2003 nr. 1756 om dekning av utgifter ved reise for undersøkelse eller behandling. Barn under 7 år er fritatt for egenbetaling ved helsetjenester. Det foreslås å utvide fritaket til å omfatte barn under 12 år fra 1. januar 2006. Det regnes med netto merutgifter på 50 mill. kroner under denne posten som følge av dette. Forslag til økte egenandeler og utvidelse av fritaket er hensyntatt i forslag til bevilgning under kap. 732 post 70.

Bevilgningen til pasienttransport og reiseutgifter for helsepersonell over kap. 732 post 70 blir med dette 1772,6 mill. kroner. Midlene fordeles som følger mellom regionale helseforetak:

	(i mill. kr)
Helse Øst RHF	413,5
Helse Sør RHF	216,2
Helse Vest RHF	272,4
Helse Midt-Norge RHF	311,5
Helse Nord RHF	559,0

Opptreningsinstitusjoner

Formål og hovedprioriteringer

Det er besluttet at finansieringsansvar og bestilleransvar for opptreningsinstitusjoner, helsesportsentra mv. og lungesykehusene skal overføres til regionale helseforetak. Overgangsperioden for overføringen startet i 2003. I Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004–2005) heter det:

> «Flertallet mener at gjeldende finansieringsordning for 2004 bør videreføres også i 2005. Dette vil da medføre at opptreningsinstitusjonene fra 2006 får hele sin finansiering gjennom de regionale helseforetakene. Flertallet legger til grunn at de regionale helseforetakene i 2005 forbereder avtaler med institusjonene om hvilke oppgaver institusjonene skal ha og prisen på tjenestene. Avtalene skal gjøres gjeldende fra 1. januar 2006. I en overgangsperiode bør det stilles krav om at regionale helseforetak inngår avtaler minst tilsvarende det beløp som er overført.»

Resultat 2004

I 2004, som var det andre året i overgangsperioden, ble 40 pst. av den totale bevilgningen til opptreningsinstitusjoner og helsesportsentre mv. overført som et basistilskudd via de regionale helseforetakene. I løpet av våren 2004 var alle avtaler mellom regionale helseforetak og opptreningsinstitusjonene undertegnet. Disse avtalene omfattet den totale sengekapasitet disse institusjonene er godkjent for.

Status 2005

Også i 2005 ble 40 pst. av den totale bevilgningen til opptreningsinstitusjoner overført som et basistilskudd via de regionale helseforetakene. Stortinget vedtok i forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 65 (2004–2005) å øke bevilgningen under kap. 732 post 70 med 20,0 mill. kroner for å lette en vanskelig økonomisk situasjon for opptreningsinstitusjonene. De regionale helseforetakene har i inneværende år startet arbeidet med å inngå avtaler med opptreningsinstitusjonene som skal gjelde fra 1. januar 2006. De regionale helseforetakene skal inngå avtaler med private opptreningsinstitusjoner som tilsvarer aktivitetsnivået i 2004. Gjennom avtalene forutsettes det at tjenestene som de private opptreningsinstitusjonene yter blir en del av en helhetlig rehabiliteringstjeneste på spesialisert nivå i regionen.

Departementet har bedt Sosial- og helsedirektoratet utarbeide et utkast til Nasjonal plan for rehabilitering, som vil foreligge høsten 2005. Departementet vil drøfte direktoratets utkast med berørte parter før planen ferdigstilles. Nasjonal plan for rehabilitering vil legge et viktig grunnlag for videre utvikling av det samlede rehabiliteringstilbudet som spesialisthelsetjeneste.

Budsjettforslag 2006

For 2006 foreslås det å overføre hele bevilgningen til opptreningsinstitusjoner, helsesportsentra mv. og lungesykehus til de regionale helseforetakene. Det forslås at det flyttes midler fra kap. 2711 post 78 i 2006. Bevilgningen til opptreningsinstitusjoner over kap. 732 post 70 blir med dette på 919,5 mill. kroner og fordeles mellom regionale helseforetak etter institusjonenes geografiske plassering:

	(i mill. kr)
Helse Øst RHF	461,0
Helse Sør RHF	142,0
Helse Vest RHF	59,6
Helse Midt-Norge RHF	126,2
Helse Nord RHF	130,7

Ved overgang til ny finansieringsordning for opptreningsinstitusjonene mv. vil regninger etter kurdøgnsystemet for en del opphold i 2005 først komme til utbetaling i 2006. Det er tatt hensyn til dette etterslepet ved at 100 mill. kroner av bevilgningen blir liggende igjen på kap. 2711 post 78 i 2006. Regionale helseforetaks avtalenivå i 2006 skal tilsvare aktivitetsnivået i 2004, dvs. totalt 1020 mill. kroner i 2006-priser.

I 2007 tas det sikte på å fordele midlene etter nytt inntektssystem, jf. St.meld. nr. 5 (2003–2004).

Luftambulansetjenesten

Resultat 2004 og status 2005

Luftambulansen ANS ble opprettet 1. januar 2004. Luftambulansen ANS er et felles ansvarlig selskap som ivaretar den operative del av luftambulansetjenesten, herunder forvaltningsoppgaver som regionale helseforetak og Sosial- og helsedirektoratet har ivaretatt tidligere. Samlet bevilgning for luftambulansetjenesten i 2004 utgjør anslagsvis 420,0 mill. kroner, hvorav 55,5 mill. kroner er bevilget over kap. 732 post 70 til ivaretakelse av tiltak av nasjonal karakter innen luftambulansetjenesten, herunder risikoreduserende og sikkerhetsrelatert virksomhet. I 2005 er det bevilget 57,5 mill. kroner til Luftambulansetjenesten over kap. 732 post 70.

Budsjettforslag 2006

Det foreslås bevilget 59,2 mill. kroner til Luftambulansetjenesten i 2006 over kap. 732 post 70.

Nasjonale kompetansesentre for sjeldne funksjonshemninger

Formål

Det er etablert 12 landsdekkende kompetansesentra/-systemer for sjeldne funksjonshemninger. Målgruppene er barn, unge og voksne med sjeldne tilstander og deres pårørende, og fagpersoner i det øvrige hjelpeapparatet. Sentrene skal bygge opp kunnskap og spre kunnskap til enkeltpersoner og

fagpersonell. Sosial- og helsedirektoratet skal ivareta forvaltningsoppgaver og gi faglige råd til Helse- og omsorgsdepartementet om kompetansesentrene.

Resultat 2004 og status 2005

I 2004 ble Trenings- og rådgivingssenteret (TRS) og Tannhelsekompetansesenteret (TAKO) tilknyttet Helse Øst og Institutt for sjeldne diagnoser (ISD) ble tilknyttet Helse Sør. TRS gir tilbud til og veileder personer med aktuelle diagnoser, deres pårørende og det tverrsektorielle tjenesteapparat, i tillegg til undervisning og forskning. TAKO har tilbud til alle med sjeldne tilstander som har oralmedisinske problemer. TAKO har i 2004 arbeidet med kompetanseoppbygging og spredning av informasjon nasjonalt og internasjonalt.

Ytterligere tre kompetansesentra for små og mindre kjente grupper funksjonshemmede ble overført til regionale helseforetak fra 1. januar 2005. Nasjonalt kompetansesenter for ADHD, Tourettes syndrom og Narkolepsi (NK) og Frambu er knyttet til Helse Øst, mens Senter for sjeldne sykdommer og syndromer (SSSS) er tilknyttet Helse Sør. NK arbeider med diagnosegrupper som har høyere forekomst enn det som regnes som sjeldne og lite kjente tilstander. NK gir hovedsakelig veiledning til fagpersoner i det tverrsektorielle tjenesteapparatet. Frambu har ansvar for åtte diagnoseklynger, inklusiv sjeldne tilstander uten klar diagnose, totalt 60 ulike diagnoser.

ISD og SSSS har i 2004 gitt tilbud til og veiledet personer med i alt 45 sjeldne diagnoser, deres pårørende og det tverrsektorielle tjenesteapparatet, i tillegg til undervisning og forskning. For å legge til rette for felles tiltak og bedre ressursutnyttelse blir ISD og SSSS i 2005 samlokalisert og drevet som ett senter.

Prosessen med overføring av kompetansesentre for små og mindre kjente grupper til regionale helseforetak er videreført når det gjelder Det statlige kompetansesystemet for døvblinde og Nasjonalt kompetansenettverk for autisme. Det statlige kompetansesystemet for døvblinde består av fire regionale kompetansesentre og to sentre med landsdekkende oppgaver. En sentral koordinerende enhet (SKI) er fra høsten 2004 flyttet fra Statped til Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonalt kompetansenettverk for personer med autisme skal sikre utvikling av tiltak og tjenester for mennesker med autisme og Asperger syndrom.

Mål 2006

Departementet foreslår å overføre ansvaret for Det statlige kompetansesystemet for døvblinde og Nasjonalt kompetansenettverk for autisme til regionale helseforetak fra 1. januar 2006. Med denne overføringen vil alle kompetansesentra for små og mindre kjente grupper være overført regionale helseforetak. Det foreslås følgende overføringer til kap. 732 post 70:

- Det foreslås overført 59,3 mill. kroner fra kap. 761 post 75 i forbindelse med overføring av ansvaret for Det statlige kompetansesystemet for døvblinde og Nasjonalt kompetansenettverk for autisme til regionale helseforetak fra 1. januar 2006. Av disse forutsettes 40,8 mill. kroner benyttet til finansiering av Det statlige kompetansesystemet for døvblinde, og 18,5 mill. kroner til finansiering av Nasjonalt kompetansenettverk for autisme. Det statlige kompetansesystemet for døvblinde vil bli overført til Helse Øst. Når det gjelder Nasjonalt kompetansenettverk for personer med autisme (Autismeenheten og knutepunktfunksjonene) vil Autismeenheten bli overført til Helse Sør og midlene til knutepunktfunksjonene vil bli fordelt mellom regionale helseforetak til etablering av regionale fagmiljøer for autisme.
- Det foreslås overført 3,6 mill. kroner fra kap. 230 post 01 på Utdannings- og forskningsdepartementets budsjett. Av disse midlene forutsettes 1,5 mill. kroner overført til Døvblindesystemet og 2,0 mill. kroner til Autismenettverket.

Det har vært ytt et særskilt tilskudd til spesialisthelsetjenester knyttet til botilbudet på Nøkkelbo ved Andebu Døvblindesenter. Dette tilskuddet har de siste årene ikke vært nyttet til spesialisthelsetjeneste. Det vil ikke bli øremerket et særskilt tilskudd til spesialisthelsetjenester. Den statlige garantien knyttet til salg av botilbud ved Andebu Døvblindesenter vil ikke bli videreført, jf. kap. 761 post 73.

Budsjettforslaget for 2006 utgjør 62,9 mill. kroner og utbetales til de regionale helseforetak med følgende fordeling:

	(i mill. kr)
Helse Øst RHF	47,1
Helse Sør RHF	10,1
Helse Vest RHF	2,3
Helse Midt-Norge RHF	1,7
Helse Nord RHF	1,6

Finansieringsansvaret for Frambu er lagt til Helse Øst gjennom en ramme- og ytelsesavtale. Det foreslås overført 51,0 mill. kroner til Helse Øst under kap. 732 post 78.

Tilskudd til Viken senter

Viken senter for psykiatri og sjelesorg, som etableres i Bardu kommune, er delfinansiert over Opptrappingsplanen for psykisk helse. I 2004 og 2005 ble det utbetalt henholdsvis 30,0 mill. kroner og 31,0 mill. kroner til investeringer over kap. 732 post 70. Byggeprosjektet er planlagt ferdigstilt i 2005 og senteret forventes å være i drift i 2006. Driften vil i hovedsak finansieres via statlige opptrappingsmidler over kap. 743 post 75. Fra 2006 vil investeringsmidlene inngå som del av regionale helseforetaks basisbevilgninger sammen med øvrige investeringsmidler gitt over Opptrappingsplanen, jf. kap. 732 postene 71–75.

Differensiert arbeidsgiveravgift

Det vises til St.prp. nr. 1 (2003–2004) hvor det ble lagt inn midler i basisbevilgningen (postene 71–75) som kompensasjon for omlegging av ordningen med differensiert arbeidsgiveravgift. Fra 2005 ble disse midlene overført til og utbetalt over kap. 732 post 70. Budsjettforslaget for 2006 utgjør 494,0 mill. kroner og utbetales til de regionale helseforetak med følgende fordeling:

	(i mill. kr)
Helse Øst RHF	17,4
Helse Sør RHF	16,3
Helse Vest RHF	39,1
Helse Midt-Norge RHF	53,0
Helse Nord RHF	368,2

Samlet vil midlene på 3 308,2 mill. kroner under kap. 732 post 70 blir fordelt mellom de regionale helseforetak som følger:
- 938,9 mill. kroner til Helse Øst RHF
- 384,7 mill. kroner til Helse Sør RHF
- 373,4 mill. kroner til Helse Vest RHF
- 492,4 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF
- 1 118,7 mill. kroner til Helse Nord RHF

Postene 71 til 75 Tilskudd til de regionale helseforetak (basisbevilgning)

Basisbevilgningen skal legge grunnlaget for å realisere de helsepolitiske målsetningene som beskrevet innledningsvis under kap. 732. Det foreslås ansvarsendringer, flyttinger og overføring av midler mellom budsjettkapitler og poster i 2006 på de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. De viktigste endringer er som følger:

Fra kap. 732 post 76 Innsatsstyrt finansiering av sykehus

Basisbevilgningene foreslås økt tilsvarende en reduksjon i ISF-satsen fra 60 til 40 pst. i 2006, jf. omtale under kap. 732 post 76. Dette innebærer at basisbevilgningen økes med 6 762,7 mill. kroner, med følgende fordeling:
- 2 307,4 mill. kroner overføres til kap. 732 post 71
- 1 457,6 mill. kroner overføres til kap. 732 post 72
- 1 339,6 mill. kroner overføres til kap. 732 post 73
- 953,1 mill. kroner overføres til kap. 732 post 74
- 705,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 75

Fra kap. 732 post 77 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv

I forbindelse med omleggingen av finansieringen av poliklinisk laboratorie- og radiologisk virksomhet, jf. nærmere omtale under kap. 732 post 77, økes basisbevilgningen med 375,0 mill. kroner etter følgende fordeling:
- 126,4 mill. kroner overføres til kap. 732 post 71
- 67,5 mill. kroner overføres til kap. 732 post 72
- 74,5 mill. kroner overføres til kap. 732 post 73
- 57,8 mill. kroner overføres til kap. 732 post 74
- 48,8 mill. kroner overføres til kap. 732 post 75

Fra kap. 2711 post 76 Private laboratorier og røntgeninstitutt

I forbindelse med omleggingen av finansieringen av poliklinisk laboratorie- og radiologisk virksomhet,jf. nærmere omtale under kap. 2711 post 76, økes basisbevilgningen med 159,0 mill. kroner etter følgende fordeling:
- 92,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 71
- 40,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 72
- 15,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 73
- 8,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 74
- 4,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 75

Tilleggsbevilgning ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 65 (2004–2005)

I forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 65 (2004–2005) ble det bevilget 680 mill. kroner til kap. 732 postene 71–75. Denne bevilgningen foreslås videreført med 700 mill. kroner etter følgende fordeling:

– 255,2 mill. kroner til kap. 732 post 71
– 141,4 mill. kroner til kap. 732 post 72
– 126,0 mill. kroner til kap. 732 post 73
– 92,2 mill. kroner til kap. 732 post 74
– 85,2 mill. kroner til kap. 732 post 75

Rusbehandling og LAR

I forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 65 (2004–2005) ble det bevilget 50 mill. kroner til rusbehandling. Denne bevilgningen foreslås videreført med 51,6 mill. kroner i 2006 med følgende fordeling:
– 18,8 mill. kroner til kap. 732 post 71
– 10,4 mill. kroner til kap. 732 post 72
– 9,3 mill. kroner til kap. 732 post 73
– 6,8 mill. kroner til kap. 732 post 74
– 6,3 mill. kroner til kap. 732 post 75

Videre ble det bevilget 15 mill. kroner til LAR-tiltakene (legemiddelassistert rehabilitering) i St.prp. nr. 65 (2004–2005). Denne bevilgningen foreslås videre ført med helårsvirkning i 2006. Av disse midlene fordeles 18,6 mill. kroner på postene 71–75:
– 6,8 mill. kroner til kap. 732 post 71
– 3,7 mill. kroner til kap. 732 post 72
– 3,5 mill. kroner til kap. 732 post 73
– 2,5 mill. kroner til kap. 732 post 74
– 2,1 mill. kroner til kap. 732 post 75

De resterende midler til LAR bevilges over kap. 732 post 77, kap. 2752 post 70 og kap. 2755 post 70.

Dyre legemidler

I forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 65 (2004–2005) ble det bevilget 18,0 mill. kroner til dyre legemidler i sykehus, jf. omtale under kap. 732 post 76. Denne bevilgningen foreslås videreført med 18,6 mill. kroner i 2006 med følgende fordeling:
– 6,8 mill. kroner til kap. 732 post 71
– 3,7 mill. kroner til kap. 732 post 72
– 3,3 mill. kroner til kap. 732 post 73
– 2,5 mill. kroner til kap. 732 post 74
– 2,3 mill. kroner til kap. 732 post 75

Finansiering av legemiddelgruppen TNF-hemmere, bl.a. Remicade

Det vises til omtale under Systemomlegginger der det foreslås at alle TNF-hemmere skal finansieres gjennom sykehusenes basisbevilgninger fra 1. juni 2006. Dette innebærer at det flyttes midler fra kap. 732 post 76, kap. 2751 post 70 og kap. 2752 post 70 til regionale helseforetaks basisbevilgning.

Fra kap. 732 post 76 Innsatsstyrt finansiering av sykehus foreslås overført 10,0 mill. kroner med følgende fordeling:
– 1,9 mill. kroner overføres til kap. 732 post 71
– 1,5 mill. kroner overføres til kap. 732 post 72
– 2,2 mill. kroner overføres til kap. 732 post 73
– 1,2 mill. kroner overføres til kap. 732 post 74
– 3,1 mill. kroner overføres til kap. 732 post 75

Fra kap. 2751 post 70 Legemidler og kap. 2752 post 70 Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1 foreslås overført 394,2 mill. kroner med følgende fordeling:
– 120,2 mill. kroner overføres til kap. 732 post 71
– 79,2 mill. kroner overføres til kap. 732 post 72
– 84,4 mill. kroner overføres til kap. 732 post 73
– 51,3 mill. kroner overføres til kap. 732 post 74
– 59,1 mill. kroner overføres til kap. 732 post 75

Norsk pasientskadeerstatning (NPE)

Det vises til omtale under Systemomlegginger der det foreslås at regionale helseforetak fra 2006 selv skal finansiere erstatningsutbetalingene fra NPE. Midler fra kap. 722 post 50 Tilskudd til NPE som statlig fond på 414,6 mill. kroner overføres til kap. 732 postene 71–75 etter befolkningstall, dvs. med følgende fordeling:
– 148,9 mill. kroner overføres til kap. 732 post 71
– 80,6 mill. kroner overføres til kap. 732 post 72
– 85,4 mill. kroner overføres til kap. 732 post 73
– 58,1 mill. kroner overføres til kap. 732 post 74
– 41,6 mill. kroner overføres til kap. 732 post 75

Fra kap. 732 post 78 Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre

Som omtalt under kap. 732 post 78 foreslås det at tilskudd til utdanning på 491,8 mill. kroner overføres til de regionale helseforetakenes basisbevilgning med samme fordeling mellom postene 71–75 som tilskuddet utbetales med i dag. Dette gir følgende fordeling:
– 99,3 mill. kroner overføres til kap. 732 post 71
– 99,5 mill. kroner overføres til kap. 732 post 72
– 132,6 mill. kroner overføres til kap. 732 post 73
– 91,0 mill. kroner overføres til kap. 732 post 74
– 69,4 mill. kroner overføres til kap. 732 post 75

Samordning refusjon for utvalgte høykostnadsprosedyrer og ISF

Tilleggsrefusjonen for utvalgte høykostnadsprosedyrer samordnes fra og med 2006 med ISF-ordnin-

gen for øvrig og utbetales til pasientens bostedsregion. Omleggingen forutsettes gjennomført budsjettnøytralt for hvert regionalt helseforetak, med følgende fordeling:
- 16,4 mill. kroner overføres til kap. 732 post 71
- 24,1 mill. kroner overføres fra kap. 732 post 72
- 1,5 mill. kroner overføres til kap. 732 post 73
- 2,4 mill. kroner overføres til kap. 732 post 74
- 3,9 mill. kroner overføres til kap. 732 post 75

Til kap. 732.78 Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentre

I forbindelse med at Nasjonalt ammesenter ved Rikshospitalet er godkjent som nasjonalt kompetansesenter foreslås det å overføre finansieringen med 0,8 mill. kroner til kap. 732.78, og kap. 732 postene 71–75 trekkes med følgende fordeling:
- 0,2 mill. kroner overføres fra kap. 732 post 71
- 0,2 mill. kroner overføres fra kap. 732 post 73
- 0,2 mill. kroner overføres fra kap. 732 post 74
- 0,2 mill. kroner overføres fra kap. 732 post 75

Fra kap. 732.76 Innsatsstyrt finansiering i sykehus

Fra og med 2005 er institusjoner under Sykehuset Østfold slått sammen til en institusjon. I ISF-ordningen er det forutsatt at ingen enheter skal tjene eller tape på rene organisasjonsendringer. Det er derfor lagt inn en korrigering i basistilskuddet til Helse Øst (kap. 732.71) på 13,4 mill. kroner, jf. kap. 732 post 76.

Fra kap. 732 post 70 Tilskudd til regionale helseforetak

I 2004 og 2005 har prosjektet Viken senter mottatt investeringsmidler over Opptrappingsplanen for psykisk helse. I 2006 vil disse midlene inngå som del av regionale helseforetaks basisbevilgning, og sammen med de øvrige investeringsmidler gitt over Opptrappingsplanen utgjøre finansieringsgrunnlaget for investeringsforpliktelsene i planen. Midler på 32,0 mill. kroner overføres til regionale helseforetaks basisbevilgning og fordeles som følger:
- 9,9 mill. kroner overføres til kap. 732 post 71
- 7,8 mill. kroner overføres til kap. 732 post 72
- 6,3 mill. kroner overføres til kap. 732 post 73
- 4,4 mill. kroner overføres til kap. 732 post 74
- 3,6 mill. kroner overføres til kap. 732 post 75

Administrative kostnader for opptreningsinstitusjoner

Regionale helseforetak overtar ansvaret for opptreningsinstitusjoner i 2006. I den forbindelse overføres ressurser knyttet til administrasjon fra trygdeetaten til regionale helseforetak. Det foreslås at 4,7 mill. kroner overføres fra Arbeids- og sosialdepartementets budsjett til kap. 732 postene 71–75 med følgende fordeling:
- 1,8 mill. kroner overføres til kap. 732 post 71
- 0,9 mill. kroner overføres til kap. 732 post 72
- 0,8 mill. kroner overføres til kap. 732 post 73
- 0,6 mill. kroner overføres til kap. 732 post 74
- 0,6 mill. kroner overføres til kap. 732 post 75

Fra kap. 743 post 75 Tilskudd til styrking av psykisk helsevern

Helse Midt-Norge har fått overført midler fra kap. 743 post 75 i 2005 knyttet til subsidiering av sikkerhetsavdelingen ved Brøset. Det foreslås å overføre 3,3 mill. kroner fra kap. 743 post 75 til kap. 732 post 74.

Landsvernplan for kulturhistoriske eiendommer

Det foreslås å overføre 4,0 mill. kroner fra regionale helseforetaks rammer i 2006 til arbeidet med landsvernplan for sektoren. Midlene trekkes fra kap. 732 postene 71–75 med 0,8 mill. kroner hver, og det overføres 4,0 mill. kroner til kap. 732 post 21.

Incestsentre

I St.meld. nr. 13 (2004–2005))«Om incestsentra – tilbod, finansiering og økonomi» ble det foreslått at finansieringen av incestsentrene blir lagt om til en finansiering der lokale/regionale tilskudd til driften utløser en statlig støtte på 80 prosent av driftskostnadene. Hovedformålet er mer stabile og forutsigbare driftbetingelser for sentervirksomheten. Det økte statstilskuddet skal finansieres gjennom et trekk i kommunenes frie inntekter og helseforetakene basisbevilgninger. Det foreslås å overføre til sammen 1,3 mill. kroner til Barne- og familiedepartementets budsjett med følgende fordeling:
- 0,5 mill. kroner overføres fra kap. 732 post 71
- 0,3 mill. kroner overføres fra kap. 732 post 72
- 0,2 mill. kroner overføres fra kap. 732 post 73
- 0,2 mill. kroner overføres fra kap. 732 post 74
- 0,1 mill. kroner overføres fra kap. 732 post 75

Post 71 Tilskudd til Helse Øst RHF

Tilskuddet er en grunnfinansiering for å sette Helse Øst i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer.

For rapportering 2004 og status 2005 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapittelet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak.

For 2006 foreslås bevilget 17 344,2 mill. kroner over post 71 til Helse Øst RHF.

Post 72 Tilskudd til Helse Sør RHF

Tilskuddet er en grunnfinansiering for å sette Helse Sør i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer.

For rapportering 2004 og status 2005 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapittelet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak.

For 2006 foreslås bevilget 9 744,5 mill. kroner over post 72 til Helse Sør RHF.

Post 73 Tilskudd til Helse Vest RHF

Tilskuddet er en grunnfinansiering for å sette Helse Vest i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer.

For rapportering 2004 og status 2005 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapittelet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak.

For 2006 foreslås bevilget 8 897,9 mill. kroner over post 73 til Helse Vest RHF.

Post 74 Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF

Tilskuddet er en grunnfinansiering for å sette Helse Midt-Norge i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer.

For rapportering 2004 og status 2005 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapittelet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak.

For 2006 foreslås bevilget 6 461,4 mill. kroner over post 74 til Helse Midt-Norge RHF.

Post 75 Tilskudd til Helse Nord RHF

Tilskuddet er en grunnfinansiering for å sette Helse Nord i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer.

For rapportering 2004 og status 2005 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapittelet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak.

For 2006 foreslås bevilget 5 730,7 mill. kroner over post 75 til Helse Nord RHF.

Post 76 Innsatsstyrt finansiering av sykehus

Formål

ISF er et finansieringssystem rettet mot de regionale helseforetakene. Gjennom finansieringssystemet gjøres deler av budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av hvor mange pasienter som får behandling.

Gjennom ordningen med innsatsstyrt finansiering påtar staten seg et delansvar for kostnader ved flere pasientbehandlinger enn det som er planlagt. Slik risikodeling er et viktig rasjonale bak ordningen og legger til rette for at de regionale helseforetakene kan aktivitetsfinansiere underliggende helseforetak. Aktivitetsfinansiering gir insitamenter til å kartlegge kostnader og identifisere og fjerne flaskehalser som hindrer effektiv pasientbehandling. Kostnadskontroll ivaretas gjennom de rammer som de regionale helseforetakene får stilt til disposisjon gjennom basisbevilgningen og ved at stykkprisandelen gjennom ISF ikke dekker marginalkostnaden. ISF-systemet skal ikke være styrende for de prioriteringene som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som skal tilbys behandling. Refusjonene er ikke ment å dekke marginalkostnadene ved økt behandlingskapasitet. De aktivitetsbaserte utbetalingene skal avspeile reell behandlingsaktivitet.

Nærmere om finansieringsordningen

ISF-ordningen omfatter pasienter som behandles ved innleggelse, dagkirurgi og enkelte dagmedisinske prosedyrer ved offentlig godkjente somatiske sykehus samt dagkirurgisk behandling hos privatpraktiserende spesialister. ISF-refusjonen utbetales til det regionale helseforetak. I 2005 er ISF-satsen 60 pst. av gjennomsnittlige behandlingskostnader. Resterende 40 pst. dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Prisen som regionale helseforetak betaler til private tjenesteytere forutsetter forhandlinger på bak-

grunn av faktiske kostnader, og bør ikke kobles direkte til størrelsen på ISF-refusjonen.

ISF bygger på DRG-systemet som omfatter om lag 510 diagnoserelaterte grupper. Disse diagnoserelaterte gruppene kostnadsberegnes jevnlig (se boks 6.1 for nærmere forklaring av ISF-systemet). Innenfor hver enkelt diagnosegruppe kan det for den enkelte behandling være avvik mellom faktisk ressursbruk og ISF-refusjon. Hyppige revisjoner av kostnadsvektene skal imidlertid sikre at refusjonene i størst mulig utstrekning avspeiler kostnadsforholdene på en riktig måte. Målet er å ha et mest mulig oppdatert system, men medisinsk praksis endres kontinuerlig og det vil ikke være mulig å være à jour med den medisinsktekniske utviklingen til enhver tid.

Under behandlingen av St.meld. nr. 5 (2003–2004), jf. Innst. S. nr. 82 (2003–2004), ba Stortinget departementet vurdere en hyppigere justering av DRG-vektene. I dag oppdateres vektene hvert annet år. Nye kostnadsvekter ble sist tatt i bruk i 2004. Departementet har i 2005 arbeidet med en full gjennomgang av kostnadene ved de ulike behandlingsformene med sikte på at dette skal legges til grunn for ISF-refusjonene i 2006, ut fra målsetningen om mest mulig oppdaterte kostnadsvekter. Departementet legger opp til årlig justering av DRG-vektene fra 2006.

Departementet arbeider systematisk med å bedre kvaliteten på ISF-systemet. Det er igangsatt et arbeid for å få på plass bedre registreringssystemer og bedre kostnadsinformasjon om den enkelte pasient. Bedre kostnadsinformasjonssystemer vil gi et bedre grunnlag for å vedlikeholde ISF-systemet, gi mulighet for etablering av (tilleggs-)ordninger for spesielt kostnadskrevende pasienter (såkalt «outlierfinansiering«) og gi bedre styringsinformasjon når pengene skal fordeles fra de regionale helseforetakene. Etablering av et slikt kostnadsinformasjonssystem basert på faktiske kostnader per pasient vil ta noe tid.

Utbetalinger gjennom ISF-systemet baseres på medisinske registreringer av enkeltpasienter på sykehusene. Det forutsettes at retningslinjer for registrering av pasienter og diagnoser følges lojalt i sykehusene. Dersom det er tvil om hva som er medisinsk korrekt koding skal ekspertise på medisinske kodeverk og DRG-systemet kontaktes (KITH eller SINTEF Helse). Det er opprettet et uavhengig og faglig utvalg (Avregningsutvalget) som skal gi råd til departementet når det foreligger tvil om utbetalingsgrunnlaget. En enhetlig kodepraksis av pasientbehandlingen i sykehus er avgjørende for at ISF-systemet skal oppleves som rettferdig og i størst mulig grad avspeile kostnadene knyttet til behandlingen.

Fra 2004 er det innført tertialvis lukking av ISF-grunnlaget. Med det menes at data som leveres hvert tertial vil være det endelige beregningsgrunnlaget i ISF. Refusjonene utbetales til det regionale helseforetak a konto i 12 terminer basert på budsjettert aktivitet med en endelig avregning året etter basert på faktisk innrapportert aktivitet.

Kvaliteten på den medisinske kodingen

Fra sommeren 2003 er det på nasjonalt nivå satt i verk en nasjonal strategi med forbedringstiltak i samarbeid med SINTEF Helse. Sentrale elementer i strategien er:

- SINTEF Helse gjennomfører et samarbeidsprosjekt med Legeforeningen og de ulike spesialforeningene for å skape felles forståelse og faglig basert konsensus i forhold til regelverket.
- Kodingsovervåking for å kartlegge om kodepraksis som grunnlag for ISF-finansiering samsvarer med diagnosesettingen.
- Aktiv bruk av Avregningsutvalget som rådgivende organ i de tilfeller der kodepraksis kan skape tvil om ISF-grunnlaget.
- Aktiv seminar- og informasjonsvirksomhet.

I 2004 gjennomførte KITH (Kompetansesenter for IT i helsevesenet) en journalgjennomgang av innrapporterte data for utvalgte opphold ved 15 somatiske sykehus. Innrapporterte koder fra sykehusenes pasientadministrative systemer ble sammenholdt med informasjon om diagnosesetting i pasientjournal. En av målsetningene med journalgjennomgangen var å se på hvorvidt utbetalingene innenfor ISF er i overensstemmelse med intensjonene bak finansieringsordningen. Korrekte medisinske data er av sentral betydning for anvendelighet og legitimitet av NPR-datene, både til forskning, statistikk, styringsinformasjon og som grunnlag for finansiering. Undersøkelsen viser at det ikke er tilstrekkelig samsvar mellom hva som dokumenteres i journalen og hvordan dette uttrykkes gjennom kodeverk. Størrelsen på de endringer som er foreslått i denne journalgjennomgangen er noe lavere enn ved forrige gjennomgang.

SINTEF Helses rapport, som oppsummerer resultatene av journalgjennomgangen, konkluderer med at journalgjennomganger i all hovedsak er egnet for å si noe kvaliteten på den medisinske kodingen på sykehusene, og i mindre grad bør anvendes for å si om statens utbetalinger gjennom ISF-systemet er for høye eller for lave. For å kunne besvare dette er en avhengig av å vite hvordan kodepraksis er i forhold til grunnlaget for beregning av kostnadsvekter og i hvilken grad kodepraksis er endret siden forrige kostnadsrevisjon. Rap-

Boks 5.1 Diagnoserelaterte grupper (DRG)

DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. Det er i alt om lag 510 diagnoserelaterte grupper. Grupperingen bygger på 20 000 diagnoser og 6 500 prosedyrekoder. DRG-systemet innebærer en betydelig skjematisering og forenkling av den kliniske virkeligheten og innebærer at det innenfor hver diagnosegruppe vil være opphold som er mer eller mindre ressurskrevende enn gjennomsnittsoppholdet.

Hver enkel DRG har en kostnadsvekt som uttrykker det relative ressursforbruk for pasientgrupper i forhold til gjennomsnittet for alle pasienter. Mens gjennomsnittspasienten har en kostnadsvekt på om lag 1, vil de mest ressurskrevende pasientene ha en kostnadsvekt på om lag 27. Dette gjelder for eksempel levertransplantasjonspasienter. Kostnaden ved å behandle disse pasientene er med andre ord beregnet til å være om lag 27 ganger høyere enn for en gjennomsnittspasient.

Utbetalingene gjennom ISF-ordningen påvirkes i all hovedsak av fire faktorer:
- antall sykehusopphold
- gjennomsnittlig kostnadsvekt (DRG-indeks)
- enhetspris
- ISF-sats (i dag 60 pst. av enhetspris)

Aktivitetsutviklingen i ISF-ordningen måles i antall DRG-poeng. Antallet DRG-poeng fremkommer som et produkt av antall sykehusopphold og gjennomsnittlig kostnadsvekt. Den gjennomsnittlige kostnadsvekten for alle pasienter kan øke som følge av at pasientene som gruppe er blitt mer ressurskrevende å behandle, men også at det har skjedd endringer i registreringspraksis. Dersom det siste er tilfelle, vil ikke det medføre økte kostnader for sykehusene og derfor skal det heller ikke utbetales ISF-refusjon for dette. Sykehusene ville i så fall fått utbetalt en høyere ISF-refusjon for reelt sett samme aktivitet. Dette er i strid med intensjonen i ISF-ordningen. Endret registreringspraksis har gitt betydelig bidrag til økt DRG-indeks, og det har derfor siden ISF-ordningen ble etablert, vært nødvendig å treffe tiltak for at det ikke skal skje urettmessig utbetalinger gjennom ISF-ordningen. Ordningen med det såkalte kryptaket ble avviklet i 2002. Istedenfor er det innført en praksis der enhetsprisen settes ned svarende til økt DRG-indeks pga. endret registreringspraksis. En alternativ fremgangsmåte til å redusere enhetsprisen, ville vært å foreta en avkorting av DRG-poeng ved den endelige avregningen. En slik avkorting skulle forutsetningsvis motsvare økningen i antall DRG-poeng pga. endret registreringspraksis og mer komplett registrering.

porten oppsummerer med at det er viktig at en gjennomfører journalgjennomganger for å overvåke kvaliteten på den medisinske kodingen som finner sted på sykehusene og bekrefter at det er viktig å videreføre og forbedre arbeidet med kodestandardisering på sykehusene.

Departementet og de regionale helseforetakene har et felles ansvar for at arbeidet med kodestandardisering intensiveres, jf. departementets forsterkede kontrollstrategi og de forhold som er omtalt i bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene for 2004 og 2005. Departementet viser også til den årlige konferansen om ISF, som arrangeres i samarbeid med Legeforeningen, og som er en arena for informasjonsutveksling og erfaringsoverføring.

Resultatrapport 2004

Vedtatt budsjett for 2004 forutsatte om lag uendret aktivitet fra 2003 til 2004. Analyser av indeksveksten viser at omfanget av registreringsendring i 2004 kan anslås til om lag 1,5 pst. Dette er 1,3 pst. lavere enn anslaget på 2,8 pst. i enhetsprisen for 2004 og innebærer at en større andel av DRG-poengene i 2004 er knyttet til reell aktivitet enn forutsatt. Dette tilsier en vekst i aktiviteten på om lag 1 pst. i 2004.

Avregningen for 2004 tar høyde for tidligere avgjørelser i Avregningsutvalget. Det er videre lagt til grunn at tilleggsrefusjonene for palliativ (lindrende) behandling skal ligge innenfor en ramme på 30 mill. kroner, jf. tilsvarende håndtering i 2003. Registreringsgrunnlaget for palliativ behandling tilsier om lag 50 mill. kroner.

Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til eventuelle justeringer som følge av

behandling av enkeltsaker i Avregningsutvalget, i omgrupperingsproposisjonen høsten 2005.

Tilstandsvurdering 2005

Vedtatt budsjett for 2005 ga grunnlag for om lag videreføring av aktivitetsnivået i 2004. Den ISF-finansierte aktiviteten målt i antall DRG-poeng har økt med om lag 2 pst. fra 1. tertial 2004 til 1. tertial 2005. Ny informasjon om endret registreringspraksis fra 2004 til 2005 kan tyde på 1 pst. aktivitetsvekst. En prognose for hele året basert på aktivitetstall for 1. tertial er usikker. Helse- og omsorgsdepartementet viser til at de regionale helseforetakene er bedt om å videreføre aktiviteten fra 2004 til 2005, og legger derfor til grunn at antall DRG-poeng i 2005 tilsvarer bestillerdokumentene til regionale helseforetak. Eventuelle budsjettkonsekvenser av indeksanalysene vil på vanlig måte tas i den endelige avregningen for 2005.

Budsjettforslag 2006

For 2006 foreslås det bevilget 13 502 mill. kroner til innsatsstyrt finansiering. Budsjettet legger til rette for å kunne videreføre gjennomsnittlig aktivitetsnivå i 2006, på omlag samme høye nivå som anslått etter første tertial for 2005. Refusjonssatsen er foreslått redusert fra 60 til 40 pst. og basisbevilgningen er foreslått økt tilsvarende. Som en følge av dette er det overført 6 762,7 mill. kroner fra kap. 732 post 76 til de regionale helseforetakene, jf. kap. 732 post 71 til 75. Med samme aktivitet i 2006 som i 2005, vil de regionale helseforetakene få utbetalt like store tilskudd som før reduksjonen i satsen. Ressursbruk og innsats skal være i tråd med helsepolitiske målsetninger og prioriteringer. Målet er en balansert og styrt utvikling av behandlingstilbudet. Tilbudet til psykisk helse og rusmiddelmisbrukere skal prioriteres. En lavere refusjonsandel til ISF som dekker somatisk behandling vil understøtte et slikt mål og faren for uønskede vridningseffekter reduseres.

Enhetsprisen for 2006 foreslås satt til 31 614 kroner. Ved fastsettelse av enhetsprisen er det lagt til grunn en prisomregning på 2,93 pst. fra 2005 til 2006. Enhetsprisen for 2005 er videre fastsatt slik at det ikke utbetales ISF-refusjon for endret registreringspraksis av reelt sett samme aktivitet (jf. boks 5.1). Enhetsprisen er derfor isolert sett satt ned slik at det tilsvarer utbetalinger på om lag 1 pst. til anslått effekt av endret registreringspraksis i 2006. Ny informasjon om endret registreringspraksis fra 2004 til 2005 kan tyde på at enhetsprisen for 2005 er satt om lag 1 pst. for lavt. Det legges derfor foreløpig til grunn at nivået på enhetsprisen ikke må settes ytterligere ned i 2006 slik at det ikke utbetales ISF-refusjon for endret registreringspraksis. Dersom omfanget av endret registreringspraksis i ettertid avviker fra det som her er lagt til grunn, vil det bli korrigert i endelig avregning.

Fra 2006 vil tilleggsrefusjonene for utvalgte høykostnadsprosedyrer fra og med 2006 samordnes med ISF-ordningen for øvrig og utbetales til pasientens bostedsregion. Det vises til omtale under post 71–75.

Forslaget om å overføre finansieringsansvaret for TNF-hemmere til regionale helseforetak innebærer at det flyttes 10,0 mill. kroner fra post 76 til kap. 732 postene 71–75. Dette innebærer at tilleggsrefusjonen for bruk av Remicade opphører fra 1. juni 2006.

Fra og med 2005 er institusjoner under Sykehuset Østfold slått sammen til en institusjon. I ISF-ordningen er det forutsatt at ingen enheter skal tjene eller tape på rene organisasjonsendringer. Organisatoriske endringer som medfører endringer i grunnlaget for ISF-refusjon korrigeres i basisbevilgningen. Det er derfor lagt inn en korrigering i basistilskuddet til Helse Øst på 13,4 mill. kroner.

Dyre legemidler i sykehus

Det vises til St.meld. nr. 18 (2004–2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk, der det er gitt en omtale av finansiering av legemidler på sykehus. Det vises også til St.prp. nr. 65 (2004–2005) der det foreslås at det igangsettes et arbeid med å gjøre de pasientrettede aktivitetene fakta og kunnskapsbaserte ved at det etableres felles nasjonale standarder for behandling på sykehus. Dette er et arbeid som i første omgang vil omfatte kreftbehandling.

Departementet har startet opp et arbeid med å bedre kvaliteten på ISF-systemet. Dette innebærer blant annet bedre registreringssystemer og bedre kostnadsinformasjon om den enkelte pasient. Bedre kostnadsinformasjon vil kunne danne grunnlag for et mer oppdatert finansieringssystem i forhold til endringer i medisinsk praksis. I forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 65 (2004–2005), jf. Innst. S. nr. 240 (2004–2005), ble det bevilget 18,0 mill. kroner fordelt på basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. Denne bevilgningen foreslås videreført i 2006, jf. også omtale under kap. 732 postene 71–75.

Det ble samtidig bevilget 2,0 mill. kroner under kap. 720 post 01 Sosial- og helsedirektoratet knyttet til utarbeidelse av nasjonale standarder for kreftbehandling i sykehus. Det foreslås å bevilge 5,0 mill. kroner til videreføring av dette arbeidet i 2006, jf. omtale under kap. 720 post 01.

Organisatorisk forankring av forvaltning og utvikling av aktivitetsbasert finansiering

For å kunne utvide den aktivitetsbaserte finansieringen til områder som i dag ikke er inkludert, slik som forutsatt i St.meld. nr. 5 (2003–2004), arbeides det med å utvikle nye kodeverk og klassifiseringssystemer, jf. omtale under kap. 720 post 21. Ansvaret for å styre og koordinere dette arbeidet er lagt til Sosial- og helsedirektoratet.

Innsatsstyrt finansiering ble innført i 1997. Viktige oppgaver knyttet til drift og utvikling har vært gjennomført på oppdrag utenfor den sentrale forvaltning, av SINTEF Helse. Ordningen anvendes i dag på somatikk, men vil etter fullført utviklingsarbeid dekke hele spesialisthelsetjenesten. Dette utviklingsarbeidet gir økt behov for koordinering, kontroll og styring med de aktivitetsbaserte finansieringsordningene. I tillegg har organisering av spesialisthelsetjenesten og den sentrale helseforvaltningen gitt endrede rammebetingelser etter at flere av de understøttende funksjonene ble etablert. Forvaltnings- og driftsoppgaver knyttet til finansieringsordningene er tett koblet opp mot departementets myndighets- og eierstyring og bør derfor forankres i en statlig institusjon. Også i Danmark og Sverige er tilsvarende oppgaver organisert som en del av den sentrale helseforvaltningen. Departementet vil derfor overføre ansvar for forvaltning og utvikling av aktivitetsbasert finansiering til Sosial- og helsedirektoratet. Departementet ser det som en styrke at ett organisatorisk ledd får et helhetlig ansvar for både kode- og klassifikasjonsarbeid og forvaltning/utvikling av aktivitetsbaserte finansieringsordninger. Siktemålet er også en tettere oppfølging slik at eventuelle systemsvakheter i den aktivitetsbaserte finansieringen fanges opp og korrigeres så tidlig som mulig.

En viktig premiss for en god utvikling av fremtidige ordninger, er å styrke den samlede kompetansen på dette området. Det vil i løpet av 2006 avklares hvilke oppgaver knyttet til drift og utvikling av innsatsstyrt finansiering som eventuelt skal konkurranseutsettes og hvilke som hører inn under den statlige forvaltningen. Departementet vil i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2006 redegjøre for status i saken, herunder eventuelle behov for omdisponeringer av midler.

Post 77 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv.

Formål

Posten omfatter refusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner, inklusive poliklinisk radiologi og laboratorievirksomhet. Det er en målsetting at refusjonssystemet skal gi et så effektivt pasientbehandlingssystem som mulig ved å stimulere til bruk av poliklinisk behandling og bidra til en mest mulig effektiv utnyttelse av de samlede ressursene i helsesektoren.

Resultatrapport 2004

Endringer i takster mv.

Takstene for somatisk pasientbehandling og psykisk helsevern ble prisjustert med 3,4 pst. i 2004, mens takster for laboratorie- og røntgenvirksomhet ble videreført nominelt uendret. Alle refusjonstakster ble korrigert som følge av økte egenandeler fra 1. januar 2004.

Poliklinikksatsene ble redusert i samme omfang som for ISF-satsen og basisbevilgningen økt tilsvarende reduksjonen i satsene fra 2004, jf. St.prp. nr. 1 (2003–2004) og St.meld. nr. 5 (2003–2004).

Det kodeverksbaserte refusjonssystemet for radiologi ble noe endret fra 1. januar 2004 etter forutgående høring. En feil i datamaterialet medførte vanskeligheter med å bestemme korrekt enhetspris i forhold til forutsetningene. Ny enhetspris ble fastsatt og Rikstrygdeverket iverksatte et eget opplegg for etterbetalinger, jf. omtale i St.prp. nr. 63 (2003–2004).

Som en oppfølging av St.meld. nr. 5 (2003–2004), utbetales polikliniske refusjoner direkte til det enkelte regionale helseforetak fra 1. januar 2004. For aktivitet utført i 2003 ble det likevel utbetalt midler direkte til helseinstitusjonene i 2004. Folkehelseinstituttet er fremdeles direkte mottaker av midler. Fra 1. januar 2004 reduserte Helsedepartementet tidsfristen for å fremme refusjonskrav fra seks til fire måneder. Hensikten var å få bedre styring og kontroll med utbetalingene. En gjennomgang av refusjonskrav fra 2004 viser at tiden fra behandlingsdato til utbetaling har gått ned, og er nå i gjennomsnitt 1,5 måneder.

Refusjonstakstene for laboratorie- og røntgenvirksomhet ble nedjustert 7 pst. fra 1. juli 2004, jf. omtale i St.prp. nr. 63 (2003–2004).

Utgiftsutvikling

Regnskapet viser at det i 2004 ble utbetalt 3 689 mill. kroner i refusjoner til poliklinisk virksomhet ved sykehus mv. Dette er en reduksjon på 14,3 pst. fra 2003. Utgiftsreduksjonen skyldes overnevnte satsreduksjon på refusjonstakstene til somatisk pasientbehandling og psykisk helsevern.

Tabellen nedenfor viser endring i utbetaling fra 2002 til 2004 knyttet til de enkelte hovedgrupper av spesialiteter.

Regnskapsførte utgifter til poliklinisk virksomhet

Spesialitet	2002	2003	2004	Pst. endring 2002–2004
Somatikk	1809	2032	1544	-14,6
Psykisk helsevern voksne	365	421	297	-18,6
Psykisk helsevern barn og unge	272	318	244	-10,3
Laboratorium	917	1079	1128	23,0
Radiologi	525	457	476	-9,3
Totalt	3888	4307	3689	-5,1

I perioden fra 2002 til 2004 er det en samlet nedgang i utbetalingene på 5,1 pst. Tall fra SAMDATA viser en vekst i polikliniske konsultasjoner fra 2003 til 2004 svarende til 4,1 pst. for somatisk pasientbehandling og 9 pst. for psykisk helsevern for voksne. Tallene viser også at det ble behandlet 17 pst. flere pasienter innenfor psykisk helsevern for barn og unge.

Tilstandsvurdering 2005

Aktivitet

Budsjettet for 2005 er en videreføring av aktivitet fra 2004. Basert på regnskapstall for perioden januar til juli, er samlede utbetalinger i 2005 anslått til 3 750 mill. kroner. Dette er om lag 270 mill. kroner over budsjett. Mens de regnskapsførte utgiftene ble redusert med 14,3 pst. fra 2003 til 2004, har de vist en økning på 3,7 pst. i 1. halvår 2005 sammenliknet med samme periode i fjor. Økningen kommer først og fremst i de offentlige laboratoriene. Korrigert for takstendringene, viser de regnskapsførte utgiftene hittil i år en underliggende vekst på om lag 8 pst. for somatikk, om lag 18 prosent for voksenpsykiatri, 1,5 pst. for barne- og ungdomspsykiatri, om lag 21 pst. for offentlige laboratorier og 5,3 pst. for radiologi.

Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til Stortinget med forslag om nødvendige tilleggsbevilgninger for 2005 basert på oppdaterte prognoser.

Endringer i takster mv.

Alle refusjonstakster ble prisjustert med 3,4 pst. fra 1. januar 2005. Egenandelene ble økt med 8 pst. fra 1. juli 2005.

Takststrukturen for psykisk helsevern ble innenfor et budsjettnøytralt opplegg lagt om fra 1. januar 2005. Samtidig ble disse takstene også åpnet for å omfatte behandling ved ruspoliklinikkene ved at det ble overført 36,7 mill. kroner til posten. I St.prp. nr. 1 (2004–2005) ble det varslet at utgiftsutviklingen ville bli fulgt opp og at det eventuelt ville bli foretatt korreksjoner i takstene dersom omleggingen ikke skjedde etter hensikten. Departementet har foreløpig vurdert omleggingen til å ha skjedd etter forutsetningene.

Fra 1. juli 2005 ble det innført refusjonstakst for testing for Human papiloma virus (HPV) for offentlig og private laboratorier.

Som en oppfølging av St.meld. nr. 5 (2003–2004), har Stortinget vedtatt å halvere satsen for refusjoner til laboratorie- og røntgenvirksomhet fra 1. september 2005. Dette innebærer at til sammen 170 mill. kroner er flyttet fra kap. 732 post 77 til kap. 732 postene 71–75.

Refusjonssystemet for poliklinisk radiologisk virksomhet er kodeverksbasert. I St.prp. nr. 1 (2004– 2005) ble det varslet at Helse- og omsorgsdepartementet tok sikte på å iverksette endringer i systemet fra 1. januar 2005. Beregninger viste at endringene ville innebære for store omfordelingseffekter for enkelte private røntgeninstitutter, og departementet fant det derfor ikke tilrådelig å foreta omleggingen fra 1. januar 2005. På denne bakgrunn har Rikstrygdeverket iverksatt et kontrollopplegg der utbetalingsgrunnlaget for 2004 er gjennomgått.

Refusjonssystemet for poliklinisk radiologi er i 2005 evaluert av Sosial- og helsedirektoratet og sendt på høring.

I 2004 ble det innført takst for pasientopplæring som gjelder uavhengig av diagnose, jf. omtale i St.prp. nr. 1 (2003–2004). Taksten er under evaluering.

Budsjettforslag 2006

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår å bevilge 3 053,1 mill. kroner til refusjon for poliklinisk virksomhet i 2006. Budsjettet legger opp til at den polikliniske aktiviteten i sykehusene kan videreføres på om lag samme nivå som i 2005. Refu-

sjonstakstene for somatisk pasientbehandling og laboratorie- og røntgenvirksomhet er ikke fullt ut prisjustert, mens refusjonstakstene til psykisk helsevern og rusmiddelmisbruk prisjusteres med 2,93 pst. Underreguleringen av refusjonstakstene for somatisk pasientbehandling og laboratorie- og røntgenvirksomhet svarer til 67 mill. kroner og er begrunnet med den sterke veksten i refusjoner. Forslaget inkluderer en økning tilsvarende 6,2 mill. kroner til legemiddelassistert rehabilitering.

Barn under 7 år er fritatt for egenbetaling ved helsetjenester. Det foreslås å utvide fritaket til å omfatte barn under 12 år fra 1. januar 2006. Det regnes med netto merutgifter på 50 mill. kroner under denne posten. Dette er hensyntatt i bevilgningsforslaget.

Halvering av takster for laboratorie- og røntgenvirksomhet

I forbindelse med satsreduksjonen for refusjoner for laboratorie- og røntgenvirksomhet fra 1. september 2005, ble det overført midler svarende til provenyet av satsreduksjonen til regionale helseforetaks basisbevilgning, jf. omtale i St.prp. nr. 65 (2004–2005). I budsjettforslaget for 2006 er det lagt til grunn at helårsvirkningen av satsreduksjonen på 650 mill. kroner flyttes til regionale helseforetaks basisbevilgning. Midlene fordeles mellom postene 71–75 i forhold til pasientens bostedsfylke slik dette er registrert i poliklinikkenes refusjonskrav. For et enkeltstående tilfelle, der en poliklinikk ikke hadde registrert pasientenes bostedsfylke, er fordelingen beregnet separat.

Regionale helseforetak har fra 1. september 2005 fått et større ansvar for å planlegge hele tilbudet av laboratorie- og radiologitjenester. Aktiviteten innenfor privat og offentlig laboratorie- og røntgenvirksomhet har økt i 2005. Overføringen til regionale helseforetak i 2006 er ikke fullt ut kompensert for aktivitetsøkningen i 2005. Effektiviseringskravet avhenger av aktivitetsnivået på offentlige og private laboratorie- og radiologitjenester i 2006. Dersom regionale helseforetak legger opp til en videreføring av dagens nivå i 2006, tilsvarer dette et effektiviseringskrav på om lag 125 mill. kroner.

Assistert befruktning – nye takster og endring av pasientbetaling

I 2002 ble det innført en engangs pasientbetaling på 18 000 kroner for inntil tre forsøk med assistert befruktning. Det vises til Innst. S. nr. 255 (2001–2002) og omtale under kap. 2751 post 70 i St.prp. nr. 1 (2001–2002) jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2001–2002). Pasientbetalingen er ikke omfattet av frikortsordningen. Pasientbetalingen er delt, slik at pasientene betaler maksimalt 15 000 kroner for de hormonpreparater som skal anvendes i behandlingen. Eventuelt overskytende beløp dekkes over folketrygdens bidragsordning. For selve behandlingen betaler pasientene maksimalt 3 000 kroner for inntil tre forsøk. For behandlingen kan sykehusene i tillegg kreve polikliniske takster.

Det er klar anbefaling fra fagmiljøene at pasientbetalingen bør knyttes til hvert enkelt forsøk, i stedet for gjeldende ordning der betalingene gjelder for «inntil tre forsøk». På denne måten kan det i større grad sikres at tilbud om andre og tredje behandlingsforsøk er medisinsk begrunnet. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår derfor å fastsette en maksimal pasientbetaling pålydende 1 500 kroner per forsøk med assistert befruktning. Beløpet er beregnet på bakgrunn av statistikk på gjennomsnittlige antall forsøk. Pasientgruppen sett under ett vil derfor ikke betale mer med den foreslåtte løsningen enn under dagens løsning. Den foreslåtte ordningen blir slik at dersom et par trenger tre forsøk vil man med den foreslåtte ordningen betale maksimalt 4 500 kroner mot tidligere 3 000 kroner. Det er likevel ikke alle som trenger tre forsøk. Dersom et par trenger bare et forsøk blir betalingen 1 500 kroner i stedet for 3 000 kroner.

Assistert befruktning kan foregå ved hjelp av flere metoder. IVF (In vitro fertilisering) og IVF med ICSI (mikroinjeksjon av sædcelle) er befruktning utenfor kroppen og er med i dagens refusjonstakster. Inseminasjonsbehandling med partners sæd (AIH) eller donorsæd (AID) foregår ved at sæd insemineres i kvinnen. Økt forekomst av flerlingesvangerskap med den risiko dette påfører mor og barn har vært en sideeffekt av befrukting utenfor kroppen. I større grad enn tidligere, er praksis å bare sette tilbake ett egg, gitt visse kriterier som går på kvinnens alder, antall tidligere forsøk og kvaliteten på de befruktede eggene. Denne metoden kalles elektiv single embryo transfer. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår å legge om takststrukturen for assistert befrukting slik at alle overnevnte metoder omfattes av refusjonstakster.

Utvikling av nytt kodeverk for poliklinisk virksomhet

Helse- og omsorgsdepartementet har satt i gang utvikling av et enhetlig ikke-kirurgisk kodeverk for poliklinisk virksomhet. Det nye kodeverket vil danne et godt grunnlag for utarbeiding av et nytt pasientklassifiseringssystem for poliklinisk virk-

somhet som kan integreres med dagens DRG-system som benyttes under Innsatsstyrt finansiering (ISF), jf. St.meld. nr. 5 (2003–2004) og Innst. S. nr. 82 (2004–2005). Arbeidet med det nye pasientklassifiseringssystemet må gjennomføres i faser og er tidkrevende.

PET-nettverk

PET-nettverket er organisatorisk forankret i Helse Sør, men er forutsatt å komme alle regionale helseforetak til gode. Driftskostnader og investeringer finansieres innenfor regionale helseforetaks basisbevilgning.

Post 78 Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre

Formål

Tilskuddet består av tre deler:

- Tilskudd til forskning skal virke som et insentiv og et økonomisk bidrag til å sikre forskning og oppbygging av forskningskompetanse i helseforetakene. Det resultatbaserte tilskuddet fordeles ut i fra en fordelingsnøkkel basert på et glidende gjennomsnitt av forskningsresultater (publiserte artikler og avlagte doktorgrader) i de regionale helseforetakene de siste tre år. Tilskuddet fordeles av samarbeidsorganet mellom det regionale helseforetaket og universitetet. Det er ikke lagt føringer for de regionale helseforetakenes valg av finansieringsmodell for forskning i helseforetakene.
- Tilskudd til utdanning kompenserer for sykehusenes merkostnader ved å motta medisinstudenter i den kliniske virksomheten. Tilskuddet foreslås fra 2006 lagt inn i de regionale helseforetakenes basisbevilgning.
- Tilskudd til nasjonale medisinske kompetansesentra skal gi et økonomisk bidrag for sentrene til å drive forskning, kompetanseutvikling, kompetansespredning og veiledning over hele landet.

Resultat 2004

Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra ble etablert i 2004. Samlet utbetaling var på 953,6 mill. kroner. Beløpet inkluderte overføring av 240,3 mill. kroner fra Helse Sør sin basisbevilgning kap 732 post 72. Tilskudd til forskning var på 370,0 mill. kroner. Resultatmålingen i 2003 viste at de regionale helseforetakene i 2003 bidro til 26 pst. av i alt 5 800 vitenskapelige artikler fra norsk forskning i internasjonale tidsskrifter. Det ble rapportert inn 109 avlagte doktorgrader fra de regionale helseforetakene i 2003. Registrert økning i gjennomsnittlig publiseringspoeng var på 9 pst. fra 2002 til 2003. Tilskuddet til utdanning var på 446,7 mill. kroner. Økningen gikk til å dekke sykehusenes merkostnader i tråd med vedtatt opptrapping av antall medisinstudenter ved universitetene. Det ble tildelt totalt 136,4 mill. kroner til nasjonale medisinske kompetansesentra i 2004. Departementet har mottatt regnskap og rapporter for bruken av tilskudd til nasjonale medisinske kompetansesentra for 2004.

Status 2005

I tråd med de føringer som er gitt i St.meld. nr. 20 (2004–2005) Vilje til forskning, er det lagt til rette for en samordning og koordinering av det nasjonale målesystemet for forskning i helseforetakene og nytt resultatbasert målesystem i Universitets- og høgskolesektoren. Det er foretatt flere endringer i målesystemet for å ivareta dette. Fra 2005 vil alle forfatteradresser påført vitenskapelige publikasjoner gi lik uttelling. Videre vil kun vitenskapelige artikler indeksert som «articles» og «reviews» inngå i systemet. Endringene gir utslag i publiseringspoeng, slik at måleresultatene ikke kan sammenlignes direkte med fjorårets resultater. Informasjon om målesystemet og måleresultater er gjort tilgjengelig på internett http://www.odin.no/hod/norsk/sykehus/utdanningforskning/. De regionale helseforetakene bidro i 2004 til 24 pst. av i alt 5 765 vitenskapelige artikler fra norsk forskning i internasjonale vitenskapelige tidsskrifter. Det ble rapport inn 129 avlagte doktorgrader fra de regionale helseforetakene i 2004, en økning med 20 fra året før. Antallet artikler er litt redusert, vesentlig som følge av at letters og notes ikke lenger tas med. Det er målt følgende endringer ved bruk av tre års gjennomsnitt for poengberegningen:

Helseregion	Måleresultat[1] 2000–2002	Måleresultat 2001–2003	Måleresultat 2002–2004
Helse Øst	456,8 (22,6%)	470,1 (20,8%)	487,1 (20,5%)
Helse Sør	803,8 (39,8%)	917,9 (40,7%)	978,4 (41,2%)
Helse Vest	371,9 (18,4%)	463,7 (20,5%)	497,6 (21,0%)
Helse Midt-Norge	240,2 (11,9%)	249,8 (11,1%)	254,1 (10,7%)
Helse Nord	146,7 (7,3%)	155,1 (6,9%)	154,7 (6,5%)
Sum	2054,3 (100%)	2256,6 (100%)	2372,0 (100%)

[1] Gjennomsnittlig årlig poeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader

Utdanning av helsepersonell er en hovedoppgave for helseforetakene, og en forutsetning for forsvarlig og best mulig pasientbehandling. I bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene er det stilt kvalitative krav, samt krav til antall praksisplasser som skal stilles til disposisjon for studenter fra universiteter og høgskoler. For å sikre et godt, forpliktende samarbeid med utdanningsinstitusjonene, er det etablert samarbeidsorgan og inngått rammeavtaler/avtaler i samtlige av helseregionene.

Departementet har vedtatt opprettelse av to nye nasjonale medisinske kompetansesentra i 2005 i Helse Sør; Nasjonalt ammesenter og Nasjonalt kompetansesenter for studier av langtidseffekter ved behandling av kreft. Det er iverksatt en prosess for overføring av ansvaret for kompetansesentre for små og mindre kjente grupper funksjonshemmede til de regionale helseforetak, jf. kap. 732 post 70.

Budsjettforslag 2006

Tilskudd til forskning på 393,6 mill. kroner er prisjustert og fordeles med henholdsvis 157,5 mill. kroner i basistilskudd som fordeles likt mellom alle helseforetakene, og 236,1 mill. kroner som fordeles i henhold til forskningsresultater for perioden 2002–2004.

Tilskudd til nasjonale medisinske kompetansesentra er prisjustert og foreslås bevilget med 251,2 mill. kroner. Midler til drift av Frambu, inkl. Frambu barnehage og skole, ble i 2005 overført til kap. 732 post 70. Finansierings- og driftsansvaret for Frambu er i 2005 tillagt Helse Øst. I tråd med dette foreslås det at midler for drift av Frambu på 51,0 mill. kroner overføres til Helse Øst under kap. 732, post 78 Tilskudd til nasjonale medisinske kompetansesentra. Helse Sør har i 2004 og 2005 mottatt et økonomisk bidrag på 0,2 mill. kroner fra hver av de øvrige regionale helseforetakene for å bidra til finansiering av nasjonalt ammesenter. I forbindelse med at Nasjonalt ammesenter ved Rikshospitalet er godkjent som nasjonalt kompetansesenter foreslås det å overføre 0,2 mill. kroner fra henholdsvis kap. 732 post 71, 73, 74 og 75 til Helse Sør under kap. 732 post 78 Tilskudd til nasjonale medisinske kompetansesentra.

Stortinget ba i Innst. S. nr. 82 (2003–2004) departementet sørge for en mer likeartet praksisfinansiering for studenter fra universiteter og høgskoler (jf. St.prp. nr. 1 (2004–2005). Praksisundervisning for medisinstudenter er i dag finansiert gjennom tilskuddet til utdanning, mens øvrige studentgruppers praksisfinansiering, og også foretakenes øvrige utdanningsoppgaver finansieres gjennom de regionale helseforetakenes basisbevilgning.

Ulike alternativer, herunder aktivitetsbasert finansiering er vurdert. Sentrale premisser er at det ikke forefinnes sikre anslag om hva en praksisplass for de ulike studentgruppene faktisk koster, og at det ut i fra nasjonale behov, ikke er behov for å etablere insentiver for å øke utdanningskapasiteten for studentgruppene. Det foreslås derfor at tilskuddet til utdanning på 491,8 mill. kroner fra 2006 legges inn i de regionale helseforetakenes basisbevilgning. På denne måten etableres en likeartet praksisfinansiering for studenter fra universiteter og høgskoler, samt enhetlig finansiering av foretakenes oppgaver i relasjon til grunnutdanning, videreutdanning og etterutdanning av helsepersonell. For å understøtte endringen og samtidig sikre ivaretakelse av kvalitative og kvantitative krav, vil departementet gjennomføre en styrket styring av området i 2006, samt vurdere rammebetingelser og eventuelle andre tiltak. Dette vil gjøres i samarbeid med Utdannings- og forskningsdepartementet. Departementene vil i tillegg følge opp at endringen og den styrkede styringen av området virker som forutsatt, og eventuelt revurdere endringen.

Tilskuddet er prisjustert og konsekvensjustert i samsvar med den vedtatte opptrapping av antall

medisinerstudenter i Helse Nord (1,4 mill. kroner) og Helse Midt-Norge (1,6 mill. kroner). Det nåværende tilskudd til utdanning foreslås overført til helseregionenes basisbevilgning med henholdsvis 99,3 mill. kroner til Helse Øst (kap 732 post 71), 99,5 mill. kroner til Helse Sør (kap. 732 post 72), 132,6 mill. kroner til Helse Vest (kap 732 post 73), 91,0 mill. kroner til Helse Midt-Norge (kap 732 post 74) og 69,4 mill. kroner til Helse Nord (kap 732 post 75).

Samlet foreslås en bevilgning på 644,8 mill. kroner.

Fordeling av tilskuddet på de regionale helseforetak er som følger (beløp i mill. kroner):

Tilskudds-mottaker (RHF)	Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentra			
		Forskning	Nasjonale medisinske kompetansesentra	
	Basis	Resultatbasert[1]		
Helse Øst	31,5	48,4	120,5[2]	200,4
Helse Sør	31,5	97,4	47,0[3]	175,9
Helse Vest	31,5	49,6	26,5	107,6
Helse Midt-Norge	31,5	25,3	25,3	82,1
Helse Nord	31,5	15,4	31,9	78,8
Sum	157,5	236,1	251,2	644,8

1 Forskningsresultater for perioden 2002–2004 ligger til grunn for fordeling av midler i 2006.
2 Beløpet inkluderer 25,9 mill. kroner til TRS, 9,3 mill. kroner til TAKO, 4,2 mill. kroner til NK og overføring av 51,0 mill. kroner til finansiering av Frambu, inkl. Frambu barnehage og skole.
3 Beløpet inkluderer 15,3 mill. kroner til ISD og SSSS, samt overføring av 0,2 mill. kroner fra kap. 732 post 71, 73, 74 og 75 til finansiering av Nasjonale ammesenter.

Post 80 Pasienttransport

Formål

Posten omfatter utgifter til pasienttransport, herunder oppholdsutgifter og utgifter til nødvendig ledsager. Formålet er å gi hel eller delvis kompensasjon for nødvendige reiseutgifter til lege, sykehus mv. i forbindelse med undersøkelse eller behandling. Som hovedregel dekkes reise med billigste forsvarlige transportmiddel til nærmeste sted der helsetjenesten kan gis. Formålet er videre å gi delvis kompensasjon for pasientens nødvendige utgifter til opphold i forbindelse med reise til lege, sykehus mv. Stønad gis til pasienten selv og eventuell nødvendig ledsager.

Utgiftene under post 80 er bestemt av regelverket for pasienttransport mv. Staten har i 2005 dekket 75 pst. av regnskapsførte utgifter til pasienttransport over kap. 732 post 80. Regionale helseforetak har dekket de resterende 25 pst. av utgiftene gjennom tildelte rammer under kap. 732 post 70.

Resultat 2004 og status 2005

I 2004, som var det første året regionale helseforetak hadde et delansvar for utgiftene, dekket staten 50 pst. av de regnskapsførte utgiftene. De totale utbetalingene til pasienttransport (inklusiv oppholdsutgifter) var på 1 585 mill. kroner i 2004. Dette tilsvarer en økning på om lag 2 pst. i nominelle priser fra 2003. En har da tatt hensyn til økningen av egenandeler fra 1. januar 2004. Dette er en lavere utgiftsvekst enn årene 1999–2002. Det antas at anbudsrunder med transportørene har bidratt til dette.

I statsbudsjettet for 2005 er det bevilget 423,5 mill. kroner over denne posten som skal dekke 25 pst. av utbetalingene til pasienttransport, herunder oppholdsutgifter. En årsprognose basert på regnskapstallene for de seks første måneder i 2005 innebærer en økning i utbetalingene til pasienttransport, herunder oppholdsutgifter, sammenlignet med 2004 på om lag 4 pst. En har da tatt hensyn til økningen av egenandeler fra 1. januar 2005.

Mål 2006

Det vises til St.prp. nr. 65 (2004–2005) der Helse- og omsorgsdepartementet foreslo at ansvarsdelingen av utgiftene endres slik at alle utgifter (100 pst.) til pasienttransport skal dekkes av regionale helseforetaks ramme fra 2006. Forslaget innebærer at risikodelingen av ansvaret mellom stat og de regionale helseforetak opphører. Dette innebærer at midler flyttes til kap. 732 post 70.

Det foreslås bevilget 35,0 mill. kroner på pos-

ten i 2006. Bevilgningen gjelder etterslep av statens utgiftsandel på 25 pst. fra 2005, det vil si utbetalinger i 2006 for aktivitet de siste ukene i 2005. Midlene under post 80 stilles til disposisjon til trygdeetaten som utbetaler hele oppgjøret til transportører og deretter sender fakturaer til regionale helseforetak for 75 pst. av utbetalingene. Opplegget innebærer at utgiftene over post 80 nettoføres. Det foreslås at Stortinget gir Helse- og omsorgsdepartementet fullmakt til at helseforetakenes utgifter til pasienttransport kan krediteres som utgiftsreduksjon under kap. 732 post 80.

Post 81 Tilskudd til store byggeprosjekter

Ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2003–2004) ble det vedtatt å gi investeringstilskudd til tre særskilte byggeprosjekter; Nye Ahus, fase 2 av ny universitetsklinikk i Trondheim (nye St. Olavs Hospital) og nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet. Tilskuddene utgjør til sammen 4,5 mrd. kroner og skal utbetales årlig i takt med utbyggingene. Videre vises det til St.prp. nr. 65 (2004–2005) og Innst. S. nr. 240 (2004–2005) hvor Stortinget har sluttet seg til foreslått løsning på tidligere uavklart kostnadsdeling i forbindelse med byggefase 1 av ny universitetsklinikk i Trondheim, som innebærer at Helse Midt-Norge vil bli gitt et investeringstilskudd til på 2,9 mrd. kroner. Tilskuddet skal utbetales over en periode på tre år (2005–2007).

De nevnte investeringstilskudd er et ekstraordinært bidrag fra statens side. I utbyggingsperioden er prosjektene forutsatt finansiert gjennom en kombinasjon av egenfinansiering (andel av basistilskudd), nevnte investeringstilskudd og eventuelle låneopptak. Tilskuddene utgjør kun en begrenset del av investeringskostnaden og kommer i tillegg til midler som tildeles gjennom basisbevilgningen for å dekke antatt verdi av nåværende bygningsmasse.

I tråd med det system som er lagt til grunn for styring og gjennomføring av investeringsprosjekter er det de respektive helseforetakene – henholdsvis Helse Øst, Helse Midt-Norge og Helse Sør – som har ansvar for styring og oppfølging innenfor de premisser som følger av Stortingets vedtak.

Nye Ahus

Styret for Helse Øst vedtok i desember 2003 å gjennomføre Nye Ahus-prosjektet. Igangsetting av selve utbyggingen skjedde i mars 2004. Nye Ahus er planlagt i drift fra høsten 2008. Byggeprosjektet er i rute både når det gjelder fremdrift og kostnader. I 2004 utgjorde statens bidrag 208,0 mill. kroner. For 2005 vil det utbetales 344,0 mill. kroner i investeringstilskudd til prosjektet.

Budsjettforslag for 2006

For 2006 foreslås det bevilget 557 mill. kroner i investeringstilskudd til Helse Øst i forbindelse med realisering av Nye Ahus

Ny universitetsklinikk i Trondheim

Fase 1

Stortinget vedtok allerede i 2002 igangsetting av fase 1 av ny universitetsklinikk i Trondheim. Statens bidrag til gjennomføringen av prosjektet ble ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 65 (2004–2005) fastsatt til 2,9 mrd. kroner. Fase 1 som utgjør om lag halvparten av det nye sykehuset er forventet ferdigstilt primo 2006. Prosjektet er i rute både når det gjelder fremdrift og kostnader.

Budsjettforslag for 2006

Samlet investeringstilskudd på 2,9 mrd. kroner til fase 1 av nevnte byggeprosjekt skal utbetales i perioden 2005–2007. Det legges til grunn at en vesentlig andel av samlet tilskudd utbetales høsten 2005 og det resterende i 2007.

Fase 2

Statens ekstraordinære bidrag til sykehusdelen av fase 2 ble fastsatt allerede høsten 2003. Det ble gjort klart at planleggingen måtte skje innenfor fastlagte fremtidige rammebetingelser og at eventuelle merkostnader ut over forutsatt kostnadsnivå vil være et anliggende for det regionale helseforetaket. I St.prp. nr. 65 (2004–2005) ble det gitt en orientering om at planlagt kostnadsnivå for fase 2 synliggjorde økonomisk tilleggsutfordring utover tidligere fastsatte rammer. Videre ble det reist spørsmål om hvordan Helse Midt-Norge ville kunne håndtere kostnadsbelastningen som påhviler regionalt helseforetak i forbindelse med St. Olavs-prosjektet. Det ble derfor lagt til grunn at før Helse Midt-Norge beslutter igangsetting av fase 2 skal det foreligge tilstrekkelige analyser og planer for håndtering av den samlede økonomiske belastningen knyttet til utbyggingen av St. Olavs Hospital, sett i et regionalt perspektiv. Videre ble det lagt til grunn at gjennomføring av analysene i utgangspunktet ikke er til hinder for igangsetting av fase 2 i år, men er et påkrevet tiltak som kan føre til behov for planomgjøring. Helse Midt-Norge har etter styrebehandling videreført prosjekteringsarbeidet for fase 2, men har ennå ikke fattet endelig

utbyggingsvedtak. I tråd med det etablerte ansvarssystemet og av hensyn til prosjektets langsiktige bindinger er det påkrevet at Helse Midt-Norge gjennomfører tiltak som gir sikkerhet for at prosjektet vil kunne gjennomføres innenfor fastlagte rammebetingelser.

Mulig utbygging av et psykiatrisenter som ledd i utbyggingen av ny universitetsklinikk i Trondheim har tidligere vært omtalt, senest i St.prp. nr. 1 (2004–2005), hvor departementet la til grunn at utbygging av et psykiatrisenter ikke vil la seg realisere som en del av byggefase 2 jf. også Budsjettinnst. S. nr. 11 (2004–2005). Med dette som bakgrunn har Helse Midt-Norge nå bearbeidet planene, som viser visse modifikasjoner i forhold til tidligere planer. Foreliggende planer forutsetter særskilt finansieringsløsning utover etablerte rammer for helseregionen. Helse Midt-Norge får tilført betydelige økonomiske ressurser til sykehus og investeringstiltak som strekker seg langt ut over tilførsler til andre regioner. Departementets vurderer situasjonen derfor fortsatt slik at ytterligere satsing på investeringstiltak i denne regionen ikke kan prioriteres.

Budsjettforslag 2006

For 2006 foreslås bevilget 137,5 mill. kroner i investeringstilskudd til Helse Midt-Norge til realisering av fase 2 ved St. Olavs Hospital.

Universitetsdelen av prosjektet finansieres over Utdannings- og forskningsdepartementets budsjett (kap. 281, post 79). For 2006 foreslås det bevilget 297,7 mill. kroner til formålet.

Nytt forskningsbygg ved Det norske radiumhospital

Styret i Helse Sør RHF ga i januar 2004 sin tilslutning til igangsetting av nytt forskningsbygg innenfor en ramme på 1 mrd. kroner. Igangsetting av selve utbyggingen skjedde i august 2005. Bygget skal etter planen tas i bruk primo 2009. Framdriften i prosjektet så langt har vært i henhold til tidligere fastsatte fremdrift- og kostnadsplaner.

I 2004 utgjorde statens bidrag til gjennomføring av prosjektet 21,0 mill. kroner. I 2005 vil det utbetales 40,0 mill. kroner i investeringstilskudd til gjennomføring av byggeprosjektet.

Budsjettforslag 2006

For 2006 foreslås bevilget 133 mill. kroner i investeringstilskudd til Helse Sør til realisering av nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet.

Post 90 Lån til investeringsformål i helseforetak

Helseforetakenes vedtekter legger til grunn at lån til investeringer kun skal foretas gjennom denne statlige låneordningen som administreres av Helse- og omsorgsdepartementet. Årlig bevilgning til formålet fordeles av departementet til de fem regionale helseforetakene med bakgrunn i fremdrift og likviditetsbehov i helseforetakenes vedtatte investeringsplaner.

Rapportering 2004

Det ble bevilget 2,75 mrd. kroner til formålet. Per 31.12.04 utgjorde totalt låneopptak 5,58 mrd. kroner med følgende fordeling pr foretak:

(i mill. kr)

Helseforetak	Samlet lånebevilgning per 31.12.03	Fordeling låneramme 2004	Tildelte lånerammer 31.12.04	Lånesaldo per 31.12.04
Helse Øst RHF	494,9	675,0	1 169,9	1 183,9
Helse Sør RHF	503,0	675,0	1 178,0	1 187,3
Helse Vest RHF	466,0	200,0	666,0	659,9
Helse Midt-Norge RHF	1 056,0	1 100,0	2 156,0	2210,3
Helse Nord RHF	252,0	100,0	352,0	346,6
Sum	2 771,9	2 750,0	5 521,9	5 588,0

I tabellen over viser de tre første kolonnene fordeling av lånebevilgning i perioden 2002–2004. Siste kolonne viser total lånesaldo pr 31.12.04 hvor både renter og avdrag er hensyntatt. I tillegg til lånebevilgningen på 2,75 mrd. kroner, påløp det i 2004 opptrekksrenter på 60,4 mill. kroner, jf. omtale under post 91. Disse rentene er tillagt lånebeløpet, slik at samlet låneopptak i 2004 utgjorde om lag 2,81 mrd. kroner.

Av samlet låneopptak på 5,58 mrd. kroner er 2,3 mrd. kroner omgjort til langsiktig lån, hvor avdrag påløper. Det resterende beløpet tilsvarende 3,28 mrd. kroner er videreført som byggelån til prosjekter som er under gjennomføring.

For 2004 er store andeler av lånerammen medgått til finansiering av Nye Ahus og nytt St. Olavs Hospital.

I 2005 utgjør samlet lånebevilgning til de regionale helseforetakene 3 mrd. kroner.

Budsjettforslag 2006

Det foreslås bevilget 2,75 mrd. kroner i låneramme i 2006.

Post 91 Opptrekksrenter

Denne posten er en teknisk håndtering av renter som påløper og belastes, men ikke betales av helseforetakene i perioden frem til ferdigstillelse av investeringsprosjektene. Dette innebærer at disse rentene blir tillagt de regionale helseforetakenes låneporteføljer. Tilsvarende inntekter budsjetteres over Finansdepartements budsjetter (kap. 5606 post 88).

I 2004 utgjorde samlede opptrekkrenter 60,4 mill. kroner. For 2005 forventes samlede opptrekkrenter å utgjøre om lag 90 mill. kroner.

Budsjettforslag 2006

For 2006 foreslås bevilget 115,0 mill. kroner til dette formålet.

Kap. 3732 Regionale helseforetak (jf. kap 732)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
80	Renter på investeringslån, *overslagsbevilgning*	28 324	65 000	100 000
90	Avdrag på investeringslån, *overslagsbevilgning*	60 388	116 000	160 000
	Sum kap 3732	88 712	181 000	260 000

Post 80 Renter på investeringslån

Bevilgningene på denne posten dekker innbetalinger fra de regionale helseforetakene knyttet til renter av investeringslån som er omgjort til langsiktige lån.

I 2004 innbetalte de regionale helseforetak 28,3 mill. kroner i renter på de langsiktige lånene.

I 2005 forventes renter på de langsiktige lånene å utgjøre om lag 64 mill. kroner.

Det foreslås bevilget 100,0 mill. kroner over denne posten for 2006.

Post 90 Avdrag på investeringslån

Bevilgningen dekker avdragsinnbetalinger fra de regionale helseforetakene på inngåtte langsiktig låneavtaler. I 2004 ble det innbetalt 60,4 mill. kroner i avdrag på inngåtte låneavtaler. For 2005 forventes det innbetaling av avdrag på lån på om lag 144 mill. kroner.

Det foreslås bevilget 160,0 mill. kroner over denne posten for 2006.

Behov for driftskreditter

De regionale helseforetakene har innenfor fastsatte rammer adgang til å ta opp driftskredittlån hos sin private bankforbindelse. I 2004 utgjorde samlet ramme for driftskreditter 4.5 mrd. kroner, og ved utgangen av 2004 har tre av fem regionale helseforetak tatt opp driftskreditter, som samlet beløper seg til om lag 1 mrd. kroner. Ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2004–2005) fikk de regionale helseforetakene adgang til å ta opp driftskredittlån innenfor en ramme 5,5 mrd. kroner.

Som følge av flere år med driftsmessige underskudd samt innbetalinger av høye reguleringspremier knyttet til pensjoner, er likviditetssituasjonen blitt betydelig strammere i 2005. For 2006 vil likviditetssituasjonen bli strammere enn for 2005, blant annet fordi helseforetakene også for 2006 vil måtte betale vesentlige høyere pensjonspremier enn det som skal kostnadsføres i driftsregnskapene.

For å sikre en stabil driftssituasjon og en forsvarlig likviditetsreserve bes det om Stortingets samtykke til å gi de fem regionale helseforetakene adgang til å ta opp driftskredittlån innenfor en ramme på 6,5 mrd. kroner.

Kap. 0737 Kreftregisteret

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
70	Tilskudd	61 843	71 206	75 485
	Sum kap 0737	61 843	71 206	75 485

Post 70 Tilskudd

Formål

Kreftregisteret, Institutt for befolkningsbasert kreftforskning, har som overordnet mål å etablere viten og spre kunnskap som bidrar til å redusere kreftsykdom. Kreftregisterets hovedmål er registrering, forskning, rådgivning og informasjon, jf. Kreftregisterforskriften.

Resultat 2004

Hovedmål 1 Registrering

Over 98 pst. av alle kreftdiagnoser i Norge er registrert i Kreftregisteret. Brystkreftprøver som ledd i mammografiprogrammet og livmorhalsprøver tatt i og utenfor cervixprogrammet er 100 pst. rapportert. Det samme er tilfelle for tykk- og endetarmprøver i NORCCAP 1-prosjektet. Registreringen er dermed i tråd med målsetningen om registerets kompletthet. Oppmøtetallene for mammografiprogrammet er 77 pst., for masseundersøkelsen mot livmorhalskreft 80 pst., og for NORCCAP om lag 65 pst. Dette er godt, spesielt sett i et internasjonalt perspektiv, men det er likevel igangsatt tiltak for å øke oppmøtet.

Det er etablert spesialregistre for tykk-/endetarmkreft, brystkreft, livmorhalskreft, prostatakreft, eggstokkreft og lungekreft. Spesialregistre er også under etablering for lymfekreft, blodkreft, øre/nese/hals-kreft, CNC (hjernekreft), sarkomer, malignt melanom (hudkreft), kreft i øvre gastrointestinaltraktus og blære-/testikkelkreft. Hensikten er, som første land i verden, å få komplette, befolkningsbaserte data over sykdomsprogresjon, behandlingsintensjon og utfall. Nordisk barnekreftregister for solide svulster har registrert samtlige slike svulster hos barn under 15 år, anonymt, siden 1985. Norge melder komplett til dette registeret.

Innledende prosjekter for elektronisk overføringer av patalogimeldinger og kliniske kreftmeldinger til Kreftregisteret er gjennomført i 2003–2005.

Hovedmål 2 Forskning

Ved årsskiftet 2004/2005 driftet Kreftregisteret 64 forskningsprosjekter, og deltok i 29 prosjekter hvor hovedansvaret lå utenfor instituttet. Flere av studiene er basert på internasjonalt samarbeid. Forskningen er konsentrert om risikofaktorer for kreftutvikling, registerbasert klinisk forskning, helsetjenesteforskning (kvalitetsovervåking av diagnostikk og behandling) og i noen grad grunnforskning. 5 doktorgradsarbeider utgikk fra Kreftregisteret i 2004. Ansatte i Kreftregisteret bidro til 72 vitenskapelige artikler i norske og internasjonale fagtidsskrifter.

Hovedmål 3 Rådgivning og informasjon

«Kreft i Norge 2002» ble publisert i juli 2005. Rapporten kommer ut årlig. I tillegg ivaretas en betydelig informasjonsvirksomhet gjennom foredrag, besvarelser av enkelthenvendelser om kreft og en mye besøkt nettside (www.kreftregisteret.no) mv.

Tilstandsvurdering

Det ble i 2002 rapportert 22 694 nye tilfeller av kreft i Norge, hvorav 11 497 blant menn og 11 197 blant kvinner, jf. rapporten «Kreft i Norge 2002» (juli 2005). Utbredelsen av kreft har totalt sett økt med om lag 80 pst. fra de første registreringene i 1953 til 2002. Lungekreft (særlig hos kvinner), føflekkreft, testikkelkreft og prostatakreft øker mest.

Kreft rammer alle aldersgrupper, men særlig eldre. 87 pst. av alle tilfeller blant menn og 80 pst. av alle tilfeller blant kvinner finnes i aldersgruppen over 54 år. En nordisk framskrivningsstudie gjennomført av Kreftregisteret viser en betydelig økning i antall krefttilfeller fram til 2020, særlig med bakgrunn i befolkningens alderssammensetning.

Den vanligste kreftformen er brystkreft blant kvinner og prostatakreft blant menn. Lungekreft og tykk/endetarmkreft opptrer hyppigst uavhengig av kjønn. Røyking utgjør en betydelig risikofaktor for lungekreft, og røykeslutt er den enkeltfaktor som vil kunne forebygge flest krefttilfeller. Studier tilsier at 80–90 pst. av alle lungekrefttilfeller kunne vært unngått ved total røykeslutt i befolkningen. Også kostholdets sammensetning og fysisk aktivitet innvirker på forekomst av de ulike kreftformer. For menn har også visse yrker stor betydning. En rapport viser at 20 pst. av lungekrefttilfellene hos menn kan forklares ut fra yrke. Det forventes en nedgang i dette tallet mot år 2020 med bakgrunn i asbestforbudet fra 1980.

I perioden 1998–2002 fikk årlig om lag 140 barn (under 15 år) kreft. Utbredelsen har økt de siste 50 år uten at man har noen forklaring på økningen.

Det er til dels store forskjeller i kreftforekomst mellom fylkene i Norge. I hovedsak har de mest urbaniserte fylkene høyest kreftforekomst.

Andelen som lever fem år etter diagnose har de seneste 40 år økt fra 38 til 58 pst. for kvinner og fra 25 til 50 pst. for menn. Dette skyldes blant annet bedret allmenntilstand hos enkeltindividene, tidligere og mer nøyaktig diagnostikk, mer kunnskapsbasert behandling og økt kunnskap hos pasientene om egen sykdom. Kombinasjonen av økt forekomst av kreft på grunn av økt risiko, økende levealder og økt langtidsoverlevelse innebærer nye utfordringer både når det gjelder primærdiagnostikk og -behandling, oppfølging og pleie og omsorg. Kvalitetssikring av alle faser ved sykdommen blir stadig viktigere. Kreftregisteret søker i økende grad å bli i stand til å belyse kvaliteten av helsetjenestene.

Satsningsområder og mål for 2006

Hovedmål 1 Registrering

- Registrere alle nye tilfeller av kreft for året 2004. Arbeidet med å innhente etterslepet (p.t. 2-3 år) er prioritert.
- Melde til Rikstrygdeverket nye tilfeller av kreft som kan være forårsaket av pasientens tidligere yrke eller arbeidsplass til med tanke på yrkesskadeerstatning.
- Videreføre registrering av forstadier til kreft og utviklet kreft i forbindelse med masseundersøkelsene for livmorhals- og brystkreft
- Følge opp prøveprosjektet NORCAAP1 – Masseundersøkelsen mot tykk-endetarmskreft, herunder bearbeiding av data fra livstilsprosjektet.
- Fortsette planleggingen av NORCCAP 2.
- Utvide arbeidet med iverksetting av et nytt melde- og overvåkingssystem for naturlig kreftforløp, diagnostikk og behandling.
- Videreføre tiltak for å øke frammøtet i den nasjonale masseundersøkelsen mot livmorhalskreft og det landsdekkende mammografiprogrammet til minst 80 pst.
- Videreføre registrering av solide barnesvulster i Norden.
- Videreføre overvåking av kontrollopplegget for polyposefamiliene og satsning på overvåking av andre arvelige krefttilfeller.

Hovedmål 2 Forskning.

Forskningen framover vil være konsentrert om risikofaktorer for kreftutvikling og betydningen av

diagnostikk- og behandlingsformer for forløpet av kreftsykdommene.

Hovedmål 3 Rådgivning og informasjon

Kreftregisteret vil formidle fra sitt arbeid til offentlig forvaltning, fagmiljøer og publikum. Publikasjonen «Kreft i Norge 2004» planlegges utgitt i løpet av året.

Merknader til budsjettforslaget for 2006

Det foreslås en bevilgning på 75,5 mill. kroner i 2006. Det vises til Stortingets merknader til Regjeringens forslag til revidert nasjonalbudsjett for 2005 om statlig overtakelse av Janusbanken, jf. Innst. S. nr. 240 (2004–2005). Stillingene er på bakgrunn av komiteens merknad lagt til Kreftregisteret og posten foreslås styrket med 2,0 mill. kroner.

Programkategori 10.40 Psykisk helse

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006	Pst. endr. 05/06
0742	Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter	30 767	26 074	26 550	1,8
0743	Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse	3 304 235	3 777 079	4 602 863	21,9
0744	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	54 188	41 598	42 929	3,2
	Sum kategori 10.40	3 389 190	3 844 751	4 672 342	21,5

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006	Pst. endr. 05/06
01–23	Statens egne driftsutgifter	56 547	52 419	44 816	-14,5
60–69	Overføringer til kommuneforvaltningen	1 597 667	2 050 783	2 509 357	22,4
70–89	Andre overføringer	1 734 976	1 741 549	2 118 169	21,6
	Sum kategori 10.40	3 389 190	3 844 751	4 672 342	21,5

Programkategori 10.40 omhandler i hovedsak politikkområder relatert til psykisk helse, herunder ordningen med kontrollkommisjonene for psykiske helsevern i kapittel 742.

Kapittel 743 omfatter spesielle statlige stimuleringstiltakene for å styrke psykisk helsearbeid i kommunene og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, og kommer i tillegg til de midler som tildeles kommunene gjennom rammebevilgningene fra Kommunal- og regionaldepartementet og gjennom basisbevilgningen til de regionale helseforetak (kapittel 732, post 71–75). På kapitlet ligger også bevilgninger fra før Opptrappingsplanen for psykisk helse ble påbegynt i 1999.

De øremerkede tilskudd som bevilges gjennom dette kapitlet må sees i sammenheng med den øvrige ressursbruk i kommuner og helseforetak. Det gis derfor en samlet framstilling og vurdering av psykisk helsearbeid i kommunene og av psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. I tillegg beskrives øvrige statlige tiltak rettet mot mennesker med psykiske lidelser.

Det forslås en samlet bevilgning for 2006 på 5,2 mrd. kroner mer til psykisk helse over Opptrappingsplanen sammenlignet med 1998 – en styrking av midler til drift på 785 mill. kroner i forhold til saldert budsjett 2005.

Midler til Norges Forskningsråds programmer om psykisk helse er oppført under kapittel 701, post 50. For mer generelt virkende tiltak som også har betydning for denne målgruppen vises det til programkategori 10.10 Folkehelse, 10.20 Helsetjeneste og 10.30 Regionale helseforetak, samt St.prp. nr. 1 (2005–2006) Arbeids- og sosialdepartementet. Midler til kommunale boligtiltak og til arbeidsmarkedstiltak er bevilget over henholdsvis Kommunal-

og regionaldepartementets og Arbeids- og sosialdepartementets budsjett.

Kapittel 744 omfatter tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede. Ordningen finansierer ikraftsetting av særreaksjoner iht. straffeloven §§ 238 og 239.

Kap. 0742 Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
01	Driftsutgifter	28 254	24 312	24 732
70	Tilskudd	2 513	1 762	1 818
	Sum kap 0742	30 767	26 074	26 550

Som følge av innføringen av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen, jf. omtale i Gul bok 2006, er bevilgningsforslaget redusert med :
Post 01: 11 000 kroner.

Post 01 Driftsutgifter

Formål og hovedprioriteringer

Der det er personer under psykisk helsevern etter lov av 02.07.99 nr. 62, skal det være en kontrollkommisjon, som etter nærmere regler gitt av Helse- og omsorgsdepartementet, treffer avgjørelser som er tillagt den. Staten skal dekke utgiftene som angår kontrollkommisjonene.

Kontrollkommisjonens oppgaver er å behandle klager på avgjørelser om videre undersøkelse, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvunget psykisk helsevern, samt klager på avgjørelser om begrensninger i pasientens kontakt med omverdenen, om undersøkelse av rom og eiendeler og kroppsvisitasjon, om beslag og om tvangsmidler. Kontrollkommisjonene skal i tillegg, i den utstrekning det er mulig, føre den kontroll den finner nødvendig for pasientens velferd. Kontrollkommisjonene er suverene når det gjelder avgjørelser i klagesaker, og kan bare overprøves av domstolene. Kontrollkommisjonene avgir årsrapporter fra sitt arbeid til Sosial- og helsedirektoratet/fylkesmennene som overvåker kommisjonens arbeid.

Resultatrapportering 2004

Landet har 55 kontrollkommisjoner. To kommisjoner er nedlagt og ansvarsområdet overført til andre kommisjoner da arbeidsmengden tilsa at det ikke var hensiktsmessig med en videreføring. Kommisjonene er geografisk fordelt slik: Helse Øst 20, Helse Sør 8, Helse Vest 11, Helse Midt-Norge 7, Helse Nord 9.

Status 2005

Sosial- og helsedirektoratet har på oppdrag fra departementet gjennomført evaluering av kontrollkommisjonene i samsvar med Stortingets anmodning, jf. Innst. S. nr. 11 (2001–2002), som ledd i arbeidet med å kvalitetssikre kommisjonenes arbeid.

Kontrollkommisjonenes arbeidsform og saksbehandling ved behandling av klager på undersøkelse, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvunget psykisk helsevern er i hovedsak ensartet og i overensstemmelse med krav i regelverket. Det er imidlertid også påvist noen funn som viser at kontrollkommisjoner ikke utøver sin virksomhet fullt ut tilfredsstillende på alle områder. Kvaliteten på selve vedtaket til kontrollkommisjonene vedrørende tvungent psykisk helsevern og overføring varierte. Kontrollkommisjonene hadde også ulik forståelse av hva som var vurderingstema i klager på overføring etter § 4-10, som medførte ulik praksis. Gjennomgang av vedtak om skjerming (§ 4-3) viste totalt sett at kommisjonene synes å legge mindre arbeid i behandling av disse klagene enn klager på det tvungne psykiske helsevernet, og nesten halvparten av disse vedtakene ble vurdert som mangelfulle.

Kommisjonenes praksis ved etterprøvning av vedtak uten klage varierte, bl.a. i forhold til hvilke formelle feil kontrollkommisjonene mente førte til opphevelse av vedtak etter dokumentkontroll. Også kvaliteten på selve vedtaket i etterprøvingssaker ved 3 mnd og 1 års kontrollen varierte. Kommisjonene hadde ulik praksis når det gjaldt kontroll med velferden til pasienter på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. I tillegg til at det

synes uklart for kontrollkommisjonene hva denne kontrollen skal omfatte, prioriteres dette ulikt og halvparten angir at de ikke har nok kapasitet til å ivareta denne kontrollen. Kommisjonene fremsto relativt aktive når det gjelder å ta forhold opp med institusjonen på eget initiativ i forhold til tvangsmiddelbruk, tvangsbehandling, og andre restriktive tiltak. Videre har en tredjedel av kommisjonene svart at de i 2003 har varslet Helsetilsynet i fylket om alvorlige forhold ved institusjonene.

Bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere i spesialisthelsetjenesten og kontrollkommisjonenes rolle overfor disse, er nærmere drøftet i høringsnotat av 13. juni 2005 om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven. Det vurderes her en lovendring som medfører at kontrollkommisjonene bør være klageorgan for vedtak som treffes i forbindelse med gjennomføringen av et institusjonsopphold, men ikke når det gjelder spørsmål om selve tilbakeholdelsen i institusjonen. Dette vedtaket er truffet av fylkesnemnda og må eventuelt prøves av domstolen, jf. sosialtjenesteloven § 9-10.

Mål 2006

Etter departementets vurdering gir evalueringen både grunnlag for å styrke arbeidet med mer ensartet regelverksforståelse og praksis ved kommisjonene, og for å sikre at pasientens rettsikkerhet blir ivaretatt. Evalueringen gir et godt grunnlag for å iverksette tiltak som knytter seg direkte mot påviste svakheter ved virksomheten.

Sosial- og helsedirektoratet vil få i oppdrag å følge opp resultatene av evalueringen. Aktuelle tiltak som kan bidra til at kontrollkommisjonene samlet kan fungere bedre ved en mer ensartet forståelse av regelverk og lik praksis, vil bl.a. være følgende:

- utarbeide en veileder for kontrollkommisjonenes saksbehandling.
- utarbeide standardiserte maler for hvilke elementer som minimum skal være med i kontrollkommisjonenes vedtak både for klage- og etterprøvingssaker. Kommisjoner som hovedsakelig hadde vedtak med tilfredsstillende begrunnelse syntes i stor grad å følge en fast og dels standardisert struktur ved utarbeidelse av vedtak.
- klargjøre innholdet i kommisjonenes kontroll med pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold
- videreutvikle systemet for kontrollkommisjonenes rapportering for å sikre erfaringsoverføring, kompetanseutvikling, samt gi direktoratet grunnlag for å følge opp at kontrollkommisjonene fungerer tilfredsstillende på en hensiktsmessig måte.

Post 70 Tilskudd

Formål og oppgaver

Posten skal dekke utgifter til gjennomføring av tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket, jf. lov om spesialisthelsetjeneste § 5-3. Posten skal også dekke hjemsendelse av utenlandske borgere med alvorlig psykiske lidelser og hjemhenting av norske borgere med alvorlige psykiske lidelser som befinner seg i utlandet. Videre kan norske myndigheter legge forholdene til rette for transport til Norge for mennesker som har vært utsatt for en alvorlig ulykke eller livstruende sykdom i utlandet. Utgifter til slik transport føres over denne posten, men kreves refundert av pasienten.

Resultatrapportering

I 2004 ble det foretatt tre hjemsendelser av pasienter med psykiske lidelser som ikke har bosted i riket. I 2003 ble det foretatt hjemhenting av ti norsk statsborgere med psykiske lidelser fra utlandet. I tillegg ble tre norske statsborgere med livstruende somatisk sykdom i utlandet transportert til Norge.

Kap. 0743 Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	28 293	28 107	20 084
62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, *kan overføres*	1 597 667	2 050 783	2 509 357
70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, *kan overføres*	250 507	322 973	343 308
72	Tilskudd til Modum bads nervesanatorium	82 726	84 660	87 369
73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, *kan overføres*	42 345	98 584	101 739
75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, *kan overføres*	1 302 697	1 191 972	1 541 006
	Sum kap 0743	3 304 235	3 777 079	4 602 863

Som følge av innføringen av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen, jf. omtale i Gul bok 2006, er bevilgningsforslaget redusert med:
Post 21: 522 000 kroner.

Overført fra 2004 til 2005:

Post 21: 205 000 kroner
Post 62: 9 499 000 kroner
Post 70: 63 306 000 kroner
Post 73: 19 354 000 kroner
Post 75: 2 418 000 kroner

På bakgrunn av Stortingets føringer gjennom behandlingen av St.meld. nr. 25 (1996–1997) Åpenhet og helhet, St.prp. nr. 63 (1997–1998) Om opptrappingsplanen for psykisk helse og de årlige budsjettdokumenter er planen iverksatt med fokus på utbygging av kommunale tiltak, omstrukturering og utbygging av spesialisthelsetjenesten. I tillegg er dette understøttet av statlige kompetansehevende tiltak, arbeidsmarkedstiltak med mer.

Opptrappingsplanen har gitt en markert vekst i ressurstilgangen til psykisk helse både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Status for perioden fra 1998 fram til i dag er at nødvendig omstrukturering finner sted og at sentrale kvantitative mål vedrørende kapasitet og aktivitet synes å være innenfor rekkevidde innen 2008. Det gjenstår likevel betydelige utfordringer for tjenesten både i kommuner og helseforetak før de overordnede mål i Opptrappingsplanen er nådd. Dette handler i første rekke om å løfte det kvalitative innholdet i tjenesten, men også om å sluttføre nødvendig prioritering og utbygging i kommuner og helseforetak slik at tilbudet får en tilfredsstillende standard over hele landet.

Dette innebærer at departementet i den resterende delen av Opptrappingsplanen fram mot 2008 vil ha et vesentlig sterkere fokus på innhold og kvalitet, samtidig som gjenstående utbygging og omstrukturering vil bli fulgt opp.

Planens økonomiske rammer innebærer at nivået i 2008 skal være 5,9 mrd. kroner høyere enn i 1998 og at det skal investeres for 8,2 mrd. kroner (2006-kroner). Regjeringen gir høy prioritet til gjennomføringen av planen i tråd med Stortingets vedtak.

Kapittel 743 omfatter tilskudd til stimuleringstiltak i kommuner og helseforetak for perioden fram til 2008 medregnet bevilgninger fra før Opptrappingsplanens oppstart i 1999, samt diverse statlige tiltak tilknyttet psykisk helse-området. Kapittelet gir samtidig en helhetlig framstilling av psykisk helsefeltet med basis i den samlede innsatsen på området i kommuner og foretak.

Psykisk helsearbeid i kommunene omfatter tiltak fra sosialtjeneste, primærhelsetjeneste, pleie- og omsorgstjeneste, kultur- og fritidssektor med mer. På kapittel 743, post 62 foreslås det bevilget totalt 2,1 mrd. kroner til psykisk helsearbeid i kommunene i 2006, og kommer i tillegg til kommunenes egenfinansiering. De regionale helseforetakene bruker om lag 11,5 mrd. kroner totalt (jf. SAMDATA) på behandling av mennesker med psykiske lidelser, hvorav 1,2 mrd. kroner er øremerket gjennom Opptrappingsplanen og bevilges over kapittel 743, post 75. I tillegg kommer bevilgninger til investeringsformål og poliklinisk virksomhet over kap. 732. Post 70 og 73 omhandler henholdsvis ulike statlige stimuleringstiltak og Helse- og

omsorgsdepartementets satsing på strategier og tiltak i tilknytning til voldsutsatte og voldsutøvere og til personer utsatt for sterke traumatiske hendelser ved krig, overgrep mv.

I tillegg til den ordinære rapporteringen på kapittelet vil det under statsbudsjettets del III bli gitt en nærmere redegjørelse for barn og unges psykiske helse, inkludert en vurdering av innføring av ventelistegaranti for behandling av barn og unge med psykiske lidelser.

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. Dette betyr ikke at en femtedel av befolkningen er psykisk syke hele tiden – det er et uttrykk for at psykiske lidelser er svært utbredt, og at mange vil oppleve en psykisk lidelse en eller annen gang i livet.

Nesten hver tredje person som er på uføretrygd har psykisk lidelse som hoveddiagnose, og dette er den hurtigst voksende årsak til uføretrygd blant de store sykdomsgruppene. I 2004 var det ca. 100 000 uføretrygdede og ca. 4 mill. sykedager (trygdens andel) grunnet psykiske lidelser. Psykiske lidelser koster det norske samfunnet anslagsvis 40 mrd. kroner per år i form av trygdeutgifter, behandlingsutgifter og sosialutgifter. Flere undersøkelser tyder på at personer med alvorlige psykiske lidelser er blant de som har svakest tilbud i kommunene og dårligst levekår.

Det er grunn til å tro at psykiske problemer og lidelser ikke vil bli mindre omfattende i framtiden. Det antas for eksempel at den samlede belastningen (uførhet og for tidlig død) på grunn av depresjon vil øke. Verdens helseorganisasjon (WHO) har anslått at i 2020 vil psykiske lidelser på verdensbasis, nest etter hjerte- og karsykdommer, være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning for begge kjønn. I vestlige land ventes det at depresjon vil utgjøre den største sykdomsbelastningen.

Psykisk helse i et internasjonalt perspektiv

WHO vedtok i januar 2005 den første europeiske ministererklæring (European Declaration on Mental Health) vedrørende psykisk helse. Erklæringen og en medfølgende handlingsplan er utarbeidet i samarbeid med EU og Europarådet. Samtlige 52 medlemsland sluttet seg til erklæring og handlingsplan.

Europas helseministere tar i erklæringen et prinsipielt utgangspunkt i at det primære målet for tjenester til personer med psykiske lidelser er å styrke livsstandard og funksjonsevne ved å fokusere på egne ressurser og egen mestringsevne, og ved å fremme beskyttende eksterne faktorer. Foruten mestringsperspektivet tillegges arbeidet med å redusere stigmatisering, samt å styrke helsefremmende og forebyggende tiltak stor vekt. Erklæringen vektlegger lokalbaserte løsninger, også for alvorlig syke. Lokalbaserte løsninger vil, oversatt til norske forhold, omfatte kommunale tiltak og tilbud på DPS-nivå. Bruker- og pårørendeperspektivet er tydelig markert.

Dette betyr at den norske Opptrappingsplanen om lokalbasert psykisk helsearbeid, er godt forankret i europeisk og vestlig tenkning. Det er de samme kvalitative hovedmålene som finnes både i Opptrappingsplanen og i WHO-deklarasjonen. Andre land som er langt fremme som England, Canada, Australia, New Zealand, Italia, USA m.fl. legger tilsvarende verdier til grunn. I den grad Norge skiller seg fra andre land, handler dette om at Norge fortsatt fremstår som et land som bruker mye ressurser på døgnbehandling og drift av sengeavdelinger i spesialisthelsetjenesten. For eksempel har Norge et vesentlig høyere antall døgnplasser per innbygger enn land som England, Sverige og Danmark m.fl. Flere av disse landene har i større eller mindre grad stengt de tradisjonelle psykiatriske sykehusene, eller fattet vedtak om det (England, Sverige, Italia). Tendensen i Norge med økt vekt på poliklinisk og ambulant arbeid er i tråd med utviklingen i andre land. Særlig England fører en bevisst utviklingspolitikk på dette området i dag.

Status og rapportering etter 6 år – fokus fram mot 2008

Det er gjennom de årlige budsjettframlegg redegjort for måloppnåelsen i forhold til St.prp. nr. 63 (1997–1998) Om opptrappingsplanen for psykisk helse. Resultatrapporteringen for 2004 viser at sentrale resultatmål som er trukket opp i St.prp 63 med justeringer gjennom de årlige budsjettfremlegg for Stortinget, i det vesentlige er nådd eller blir realisert i løpet av opptrappingsperioden. Med mindre unntak gjelder dette både kommuner, spesialisthelsetjenesten og statlige stimuleringstiltak. Kompetansehevende tiltak, arbeidsmarkedstiltak for personer med psykiske lidelse og informasjons- og holdningsskapende tiltak er under gjennomføring i tråd med de gitte forutsetninger.

I lys av dette er utviklingen mht. kapasitets- og aktivitetsøkning i hovedsak tilfredsstillende både mht. tiltak for barn og unge og for voksne. Det er imidlertid fortsatt behov for betydelig fokus for å sikre at alle kommuner kommer opp på et tilstrekkelig aktivitetsnivå, og for å sikre at de distrikts-

psykiatriske sentrene blir realisert som forutsatt. Etablering av DPS er en særlig utfordring i rekrutteringssvake områder. Tilbudet til barn og unge krever også prioritet framover.

Stortinget sluttet seg ved budsjettbehandlingen for 2004 til regjeringens forslag om å forlenge Opptrappingsplanen med to år. Begrunnelsen for forslaget var behovet for fornyet satsning mot kommunene, og at arbeidet med å omstrukturere tjenesten og omstilling av kulturer forutsatte flere virkemidler og lengre tid enn forutsatt. Disse utfordringene ligger til grunn for dette budsjettfremlegget.

Det vises generelt til resultatrapporteringen under post 62 (kommunale tjenester) og post 75 (spesialisthelsetjenesten). I samarbeid med berørte departementer er det iverksatt en rekke strategier og tiltak for personer som enten utøver eller utsettes for vold og for mennesker som har vært utsatt for særlig traumatiserende hendelser ved krig, overgrep mv. Disse tiltakene er forankret i nyere dokumenter, jf post 73.

Til tross for tilfredsstillende måloppnåelse på konkrete mål, tilsier statusvurderingen at det er betydelige utfordringer knyttet til realiseringen av Opptrappingsplanens overordnede mål om at mennesker med psykiske lidelser skal kunne leve et verdig liv i mest mulig normale omgivelser. For den gjenstående delen av opptrappingsperioden er det derfor nødvendig å fokusere betydelig mer på det kvalitative innholdet i tjenestene, for å sikre at tjenestene skal kunne framstå med tillit og legitimitet i befolkningen. Behovet for dette underbygges også i rapporter fra Statens helsetilsyn, der det dokumenteres at klinikker og helseforetak ikke er «lærende organisasjoner», ettersom de samme avvik ofte blir identifisert jevnlig.

I løpet av 2005 har departementet gjennomført dialogmøter med brukerorganisasjoner, fagorganisasjoner, kommunesektoren og regionale helseforetak/helseforetak om utfordringene framover. Departementet vil peke på følgende 8 hovedutfordringer for kommuner og spesialisthelsetjenesten i perioden fram mot 2008:

Mestringsperspektivet

Dette perspektivet er understreket både i Sosialkomiteens innstilling til St.prp. nr. 63 (1997–1998) og i den europeiske WHO-erklæringen fra januar 2005. Det handler om å legge til rette for at mennesker med psykiske lidelser skal kunne ta i bruk egne ressurser for å mestre tilværelsen. Dette fritar ikke helsetjenesten for ansvar, men har betydning for hvordan hjelp og behandling tilrettelegges.

Tilgjengelig til tjenester

God tilgjengelighet innebærer at befolkningen får nødvendige tjenester, når de trenger det, der de trenger det. Videre innebærer god tilgjengelighet at befolkningen har kunnskap om hvilke tjenester de kan få når og hvordan, og at tjenestene ivaretar de syke som ikke oppsøker dem. En god tilgjengelighet forutsetter at tjenestene må være kjente, riktig dimensjonert og organisert for å møte behovene i befolkningen.

Brukermedvirkning

Brukernes og pårørendes kunnskap, innsikt og erfaringer er viktige premisser for planlegging, utforming og drift av tjenestetilbudet. Tjenestene må derfor planlegges og utformes i samspill med brukere og pårørende.

Målet er at brukermedvirkning både skal ivareta den enkeltes integritet og verdighet, bidra til kvalitet på tjenestene og øke brukerens evne til å nyttiggjøre seg faglig hjelp. Ved at brukeren får anledning til å øke egen kompetanse gjennom deltakelse, bedres også mulighetene til å mestre egen hverdag. Brukerperspektivet innebærer også større åpenhet om psykiske lidelser i befolkningen.

Faglig innhold i tjenestene

Et godt faglig innhold forutsetter kompetente medarbeidere, og at tilgjengelig fagkunnskap brukes av tjenestene. Andelen faglært arbeidskraft har økt markert i opptrappingsperioden, særlig andelen leger og psykologer – en utvikling som forutsettes å fortsette. Et faglig godt tjenestetilbud forutsetter videre økt bruk av dokumenterte arbeidsmetoder og teknikker, god faglig ledelse og organisasjon og at mestrings- og brukerperspektivet integreres i faglig tenkning.

Forebygging

Det skal satses sterkere på forebyggende arbeid i resten av opptrappingsperioden. Dette er i tråd med WHO-deklarasjonen om psykisk helse og en oppfølging av St.meld. nr. 16 (2002–2003). Forebygging av psykiske helseplager har hittil vært blant de svakest utviklede sidene av opptrappingsplanen. Det forebyggende arbeidet er for dårlig utviklet i kommunene og at det er en mangel på systematiske og kunnskapsbaserte tiltak. Det er derfor behov for å sikre en mer effektiv gjennomføring av forebyggende tiltak samtidig som det sat-

ses sterkere på dokumentasjon, kunnskapsutvikling og forskning.

Samhandling og samordning

Et av Opptrappingsplanens klare mål er å skape helhetlige tilbud. Brukerne skal ikke oppleve at tiltakene er fragmentert og usammenhengende, og ikke være i tvil om hvem som har ansvar for oppfølgingen. Dette fordrer et godt og velfungerende samarbeid horisontalt og vertikalt mellom tjenester og nivåer. Dette innebærer at ansvars- og oppgavefordelingen må være tydelig og kjent. Alle partene må være bevisst på å utvikle gode samarbeidskulturer, der den ene part har den nødvendige respekt for den andre parts muligheter og begrensninger.

Tillit til tjenestene

En grunnleggende forutsetning for at befolkningen kan ha tillit til tjenester innenfor psykisk helse er at tjenestene er gode, forutsigbare og kjent for befolkningen. Den viktigste faktor for tillit er brukernes egne erfaringer med tjenestene. Det har betydning at relasjonen bygger på åpenhet, respekt og forpliktelse og at den varer over tid. Dette handler om profesjonalitet og empati hos tjenesteyteren.

Produktivitet og effektivitet

I Opptrappingsplanen er det satt enkelte mål om økt produktivitet i form av antall konsultasjoner eller tiltak per ansatt i poliklinikk. Det er ikke formulert mål som på en god måte fanger forholdet mellom ressursinnsats (penger og personell) og produksjon. Dette er et komplisert område hvor det er vanskelig å sette gode mål, men et område som må ha fokus for å sikre god ressursutnyttelse. Hovedvekten av resultatmålene i St.prp. nr. 63 (1997–1998) er knyttet til kapasitetstall og struktur, og lite til prosess og resultat. Dataene gir et begrenset bilde av tilstand og utvikling både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten. Rapporteringen dokumenterer aktivitets- og kapasitetsøkning, men sier lite om tilbudet for den enkelte bruker faktisk blir bedre.

Mangelen på konkrete resultatmål og data på sentrale områder gjør det vanskelig å overvåke gjennomføringen av de overordnede målsetningene i Opptrappingsplanen for psykisk helse, dvs. selve innholdsdimensjonen i planen. Det medfører også at tjenestene ikke vet nok om hva de forventes å skulle levere, og brukerne vet ikke hva de med rimelighet kan forvente å få. Dette synes å ha bidratt negativt til befolkningens tillit til tjenestene.

Det er derfor behov for å etablere tydeligere retning og operative mål eller indikatorer for det langsiktige arbeidet innenfor psykisk helsevern, som sikrer at de overordnede målene kan følges over tid. For hver av de nevnte 8 hovedutfordringene vil departementet så langt det er mulig, utarbeide egnede mål og indikatorer som kan følges opp i forhold til kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det legges til grunn at målene skal være nyttige i et brukerperspektiv, at målene skal kunne brukes i kvalitetsforbedringsprosesser, i dokumentasjons- og styringsprosesser for tjenestene selv. Utviklingen av slike indikatorer vil måtte gå over tid, og må sees i sammenheng med det generelle arbeidet for å etablere gode kvalitetsindikatorer i helsetjenesten.

Departementet vil legge dette til grunn i det videre arbeidet med realiseringen av Opptrappingsplanen i kommunene og i helseforetakene. De overordnede målsetningene i Opptrappingsplanen ligger fortsatt fast. Likeledes forutsettes det at de konkrete kvantitative målene i Opptrappingsplanen i forhold til årsverk, boligtiltak, kultur og fritidstiltak i kommunene, og i forhold til aktivitet og kapasitet etc. i spesialisthelsetjenesten skal realiseres i samsvar med St.prp. nr. 63 (1997–1998), og med de justeringer og presiseringer som er gjort i etterfølgende budsjettfremlegg.

Økonomiske rammer – bevilgninger for perioden 1999–2006

Regjeringen ser det som viktig at satsningen på feltet psykisk helse trappes videre opp, og det avsettes 5,2 mrd. kroner til gjennomføring av planen i budsjettforslaget for 2006. Dette representerer en styrking med 785 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett for 2005. Nivået på bevilgningen er med dette i tråd med gjennomsnittlig vekstbehov for å realisere Opptrappingsplanens økonomiske ramme, som forutsatt av Stortinget.

Figur 5.3 Opptrapping i driftsmidler 1999–2008

Figuren viser at foreslått vekst i bevilgninger til drift i 2006 er på nivå med gjennomsnittlig vekst for de to siste årene av Opptrappingsplanen. Den lavere opptrappingen til drift i årene 2002, 2003 og 2004 må sees i sammenhengen med den kraftige veksten i investeringsnivået disse årene. Søylene for 2007–2008 viser nødvendig vekst disse årene for å oppfylle planens mål om et samlet nivå på 5,6 mrd. kroner til drift (2006-kroner). Inntekter fra brukerbetaling kommer i tillegg, jf. St.prp. nr. 63 (1997–1998).

Figur 5.4 Bevilgning til investeringer i spesialisthelsetjenesten 1999 – 2008

Figuren viser at nivået på bevilgningene i 2004, 2005 og 2006 vil være det høyeste i opptrappingsperioden. I årene 2007 og 2008 vil investeringsbehovet i henhold til målene i Opptrappingsplanen bli noe lavere.

Bevilgninger til drift 1999–2006 (mill. kroner)

	Opptrapping 1999–2008 i hht. St.prp. nr. 63 (1997–1998)			
Formål	1998 priser[1]	2006 priser[1]	Økning 1999–2006 (2006 priser)[1]	Økning 1999–2006 i pst. av måltall
Kommunale tjenester	2 000	2 542	1 939	76
Spesialisttjenester	2 000	2 548	1 643	64
Statlige tjenester	376	509	444	87
Sum	4 575	5 599	4 026	72

[1] Inntekter fra egenbetaling kommer i tillegg.

Som tabellen over viser, utgjør bevilgningene til drift 1999–2006 i sum 4 026 mill. kroner eller 72 pst. av måltallet på 5 599 mill. kroner.

Bevilgninger til investeringer 1999–2006 (mill. kroner)

	Investeringsvolum 1999–2008 i hht. St.prp. nr. 63 (1997–1998)			
Formål	1998 priser	2006 priser	Investeringsvolum 1999–2006 (2006 priser)	Økning 1999–2006 i pst. av måltall
Spesialisthelsetjenesten	3 783	5 032	3 907	78
Boliger	2 516	3 196	3 196	100
Sum	6 299	8 208	7 043	86

Investeringsvolum for boliger er målt i verdi av antall gitte tilsagn. De siste tilsagnene ble gitt i 2004.

I spesialisthelsetjenesten er det planlagt investert for om lag 3 847 mill. kroner i perioden 1999–2006. Dette tilsvarer om lag 78 pst av måltallet for planperioden. I perioden 1999–2004 ble alle boligtilsagn gitt, jf. måltallet tilsvarende 3 196 mill. kroner.

Rapportering og kontroll

Helse- og omsorgsdepartementet gjennomførte høsten 2004/vinteren 2005 en særskilt kontroll med Opptrappingsplanens bevilgninger til regionale helseforetak og kommuner. Gjennomgangen i de regionale helseforetak gav ikke departementet grunn til å tro at midler bevilget over Opptrappingsplanen systematisk benyttes til andre formål enn forutsatt. Likevel kan det ikke helt utelukkes at dette forekommer fordi fordeling av felleskostnader ikke skjer etter samme mal i alle regionale helseforetak. Det vil bli satt i gang et arbeid for å sikre ensartet fordeling av felleskostnader.

Det er den årlige Samdata-rapporten som er departementets hovedverktøy for å sikre kontroll med bevilgningene til spesialisthelsetjenesten. jf. nærmere omtale under kap. 743, post 75. SINTEF-helse har også gjennomgått effekten av øremerkede tilskudd og har konkludert med at det ikke er avdekket lekkasjer i bruken av de øremerkede tilskuddene i regionale helseforetak. Videre konkluderes det med at egenfinansieringen i regionale helseforetak ikke er blitt redusert i perioden sett under ett. Det er ikke funnet noe som gir grunn til at midlene systematisk benyttes i strid med forutsetningene i kommunene, men gjennomgangen har vist at det er behov for bedre kontroll med disse.

Det knytter seg særskilte måleproblemer til kommunene. Det er forutsatt at personer med psykiske lidelser skal få tjenester fra det ordinære tjenesteapparatet i kommunene. Dette anses som et viktig faglig prinsipp, men gir samtidig måleproblemer i forhold til rapportering da regnskapstall for tiltak til denne gruppen ikke er skilt ut. Stortinget er gjennom de årlige budsjettfremlegg gjort kjent med kontrollproblemene i forhold til kommunene. Departementet benytter i hovedsak utviklingen i antall årsverk som en indikasjon på utviklingen i kommunene, men denne er ingen fullgod erstatning for regnskapstall.

Budsjettforslaget for 2006

I budsjettforslaget for 2006 foreslås det å avsette 785 mill. kroner mer til psykisk helse sammenliknet med saldert budsjett for 2005. Fordelingen av beløpet er vist i tabellen nedenfor.

Styrking av psykisk helsearbeid 2006. Mill. kroner

Kommunale tjenester (øremerket tilskudd)[1]	400
Spesialisthelsetjenesten (øremerket tilskudd)[2]	350
Andre statlige tiltak[3]	35
Sum Opptrappingsplanen for psykisk helse	785

[1] Hele beløpet går til å styrke bevilgningen til psykisk helsearbeid i kommunene (kap. 743 post 62).

[2] Beløpet er lagt inn på kap. 743 post 75 til styrking av psykisk helsevern. 11 mill. kroner er satt av til spesielle grupper, 319 mill. kroner er satt til styrking av spesialisthelsetjenesten herunder Viken senter og ytterligere 20 mill. kroner til økt poliklinisk kapasitet over kap. 732 post 77.

[3] Av dette beløpet er 20 mill. kroner lagt inn på Arbeid- og sosialdepartementets budsjett til arbeidsmarkedstiltak for mennesker med psykiske lidelser. 10 mill. kroner er lagt på kap. 743 post 70 Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, og 5 mill. kroner er lagt inn til styrking av Nasjonalt folkehelseinstitutt på kap. 710 post 01.

Økonomiske konsekvenser – ny vurdering av fordeling av driftsmidler mellom kommuner og foretak

De økonomiske rammene for Opptrappingsplanen ligger til grunn for det videre arbeidet, også i forhold til arbeidet med hovedutfordringene i den gjenstående delen av Opptrappingsplanen. Det er imidlertid grunn til å vurdere fordeling av rammene mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, jf. St.prp. nr. 1 (2004–2005). Bakgrunn for dette er at det har skjedd en raskere nedtrapping av sykehjemmene enn Opptrappingsplanen forutsatte. Utgangspunktet for planen er basert på tallmaterialet fra 1996, hvor det ble forutsatt 1400 sykehjemsplasser i 2006. Imidlertid var antallet plasser redusert med 760 til 1298 allerede i 1998 og videre til 272 i 2004. Faglig sett er en reduksjon i antall sykehjemsplasser i tråd med intensjonen i planen, men tempoet i nedtrappingen har medført en faglig og økonomisk merbelastning for enkelte kommuner da nedbyggingen har gått raskere og lengre enn det som var utgangspunktet i planen. Pasientellingen fra SINTEF Helse viser også at om lag 40 pst. av alle innlagte pasienter på døgnavdelinger, burde hatt et tilbud i kommunene. Totalt sett har det foregått en forskyvning av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene utover det som lå til grunn for Opptrappingsplanen.

St.prp. nr. 63 (1998–1998) forutsetter en fordeling av driftsmidler til henholdsvis kommunene og spesialisthelsetjenesten med 2,68 mrd. kroner (2006-kroner) hver, samt 509 mill. kroner (2006-kroner) til statlige tiltak (beløpene inkluderer brukerbetaling). Kommunene har til og med 2006 fått bevilget 76 pst av det som er bevilget total av økte driftsmidler og spesialisthelsetjenesten har fått bevilget 64 pst. Ved å videreføre denne kommunale profilen i fordelingen av driftsmidler mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, vil kommunene settes i bedre stand til å ivareta de meroppgaver som er påløpt på grunn av avviklingen av sykehjemsplasser. Departementet foreslår derfor å videreføre kommuneprofilen i 2006. Kommunene vil med dette gis en delvis kompensasjon for den merbelastning som er påført gjennom nedlegging av sykehjemsplasser. Departementet vil i statsbudsjettforslaget for 2007 komme nærmere tilbake til ressurskonsekvensene for kommunene.

Øvrige omdisponeringer

I løpet av planperioden har departementet lagt fram for Stortinget nye tiltak som ikke var forutsatt finansiert i henhold til St.prp. nr 63, jf. bl.a. St.prp. nr. 1 (2004–2005). Dette fører til behov for mindre omdisponeringer innenfor Opptrappingsplanens rammer. Dette gjelder behovet til flere kompetansehevende tiltak fram mot 2008, særlig med bakgrunn i utviklingen innen vold- og traumefeltet, behovet for mer kunnskapsutvikling og forskning, samt behovet for økte tilskudd til brukerorganisasjonene. Departementet vil i budsjettforslaget for 2007 komme tilbake med en oversikt over budsjettmessige omdisponeringer innen de økonomiske rammene av St.prp. nr. 63 (1997–1998), samt gi en oversikt over hvilke tiltak som bør videreføres etter at Opptrappingsplanen utløper i 2008.

Bevilgninger over Opptrappingsplanen for psykisk helse og forslag for 2006 (inklusiv priskompensasjon)

Kap/post	Tiltak	Bevilgning 2005	Forslag 2006	Endring 2005–2006
701.50	Norges Forskningsråd	33 759	34 333	574
710.01	Nasjonalt Folkehelseinstitutt	10 197	15 400	5 203
720.01	Sosial- og helsedirektoratet	0	8 400	8 400
732.77	Poliklinikkrefusjoner	209 236	235 931	26 695
732.78	Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentre	20 525	21 181	656
732.70	Tilskudd til helseforetakene (Viken senter investering)	31 020	0	-31 020
732.71–75	Tilskudd til helseforetakene (investeringer)	706 222	760 831	54 609
732.71	Tilskudd til helse øst (IKST)	2 443	2 519	76
743.21–75	Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse	2 880 923	3 702 230	821 307

Kap/post	Tiltak	Bevilgning 2005	Forslag 2006	Endring 2005–2006
1590/1592	Arbeidsmarkedstiltak	85 500	108 545	22 745
586.60	Oppstartstilskudd (boliger)	150 800	65 900	-84 900
586.63	Amortiseringstilskudd, boliger	93 200	104 900	11 700
	Sum	4 223 825	5 060 170	844 337

Økningen til 2006 inkluderer priskompensasjon. Bevilgningen til oppstartstilskudd er redusert da alle 3 400 tilsagn som var forutsatt i Opptrappingsplanen er gitt.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Posten finansierer departementets og underliggende etaters oppfølging av satsingen på psykisk helse jf. St.meld. nr. 25 (1996–1997), St.prp. nr. 63 (1997–1998) og lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering av psykisk helsevern. Sentrale virkemidler er den statlige oppfølgingen og veiledningen overfor kommunesektoren gjennom fylkesmennene og de særskilte rådgiverne for kommunenes psykiske helsearbeid. Fylkesmannen skal gjennom rådgiverne for psykisk helse bistå kommunene i planarbeid, organisering, kompetanseutvikling og gjennomføring av arbeidet med å styrke tilbudet til mennesker med psykiske lidelser.

Som følge av innføringen av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen, jf. omtale i Gul bok 2006, er bevilgningsforslaget redusert med 522 000 kroner.

Resultatrapportering og mål

Det er på oppdrag av departementet gjennomført en evaluering av fylkesmannens rådgivere for kommunens psykiske helsearbeid. Formålet med evaluering var å danne grunnlag for å videreutvikle og forbedre rådgivernes arbeidsmetoder overfor kommunene.

Evalueringen har vist at det er behov for en klarere forankring av rådgiverfunksjonen i fylkesmannsembetene. Arbeidet må i større grad sees i sammenheng med fylkesmannens øvrige arbeid rettet mot kommunene, for eksempel i forhold til folkehelserådgiverne. Sosial- og helsedirektoratet vil revidere oppdragsbeskrivelsen for fylkesmannsembetets arbeid med psykisk helse, og evalueringen vil være et viktig grunnlagsmateriale for dette arbeidet. Det er fortsatt behov for en målrettet innsats overfor kommunene som inkluderer råd og veiledning, oppfølging av øremerkede tilskudd og utvikling av nettverk mellom kommunene. Det må rettes særlig oppmerksomhet mot kommuner som er kommet kort i arbeidet med å gjennomføre Opptrappingsplanen.

Sosial- og helsedirektoratet er tildelt oppgaver i gjennomføringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse og implementering av tiltak. Det foreslås for 2006 overført 8,4 mill. kroner fra denne posten til kap. 720 post 01 Sosial- og helsedirektoratet. Gjennomføring og oppfølging av tiltak i planen videreføres i tråd med budsjettforslag for 2006.

Post 62 Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommunene, kan overføres

Psykisk helsearbeid i kommunene omfatter arbeid relatert til enkeltmennesker med psykiske vansker og lidelser, deres familie/nettverk, arbeid på systemnivå som forebygging av psykiske lidelser og opplysningsarbeid og annet arbeid som motvirker stigmatisering og diskriminering. Barn og ungdom er en viktig målgruppe. Brukermedvirkning og tiltak som understøtter den enkeltes mulighet til å mestre sin egen situasjon, er sentralt for et vellykket arbeid med psykisk helse. Innsatsen fra brukeren og tjenesteapparatet skal føre til reduksjon i sykelighet og øke funksjonsevnen. Psykisk helsearbeid utføres i helse- og sosialtjenesten, men også i andre sektorer i kommunen.

Rapportering 2004

Tabellen nedenfor viser faktisk aktivitetsøkning sett i forhold til måltallene i Opptrappingsplanen.

Kapasitetsøkning kommunale tjenester 1999–2004 (tall per 31.12.2004)

Tiltak	Planlagt økning fra 1998 til 2008	Faktisk økning fra 1998[1] til 2003	Faktisk økning fra 1998[1] til 2004	Andel av økning 1999–2008 (pst.) til 2003	Andel av økning 1999–2008 (pst.) til 2004
Omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser	3400	1137[2]	1626[2]	33	48
Årsverk i alt	4770	1587	2337	33	49
Årsverk tiltak for voksne i alt	3710	1117	1663	30	45
- hjemmetjenester mv.	3400	755	1173	22	35
- behandlingstilbud, veiledning	309	362	490	117	159
- aktivitetstilbud m.v.	[3]	(266)	(351)		
Årsverk barn og unge i alt	1060	470	674	44	64
- helsestasjon, skolehelsetjeneste	800	262	365	33	46
- annen forebygging/ psykososialt arbeid	260	208	309	80	119
Støtte bruker-organisasjoner (mill. kr.)	[4]	11	18		
Kompetansetiltak, rekruttering (mill. kr.)	[4]	23	28		

1 Pga. tidligere endringer i registreringsrutinene foreligger ikke direkte sammenliknbare tall. For 1998 bygger kolonnen på beregnede tall. Det knytter seg måleproblemer til resultatrapporteringen fra kommunene fordi mange tiltak organisasjonsmessig, og dermed regnskapsmessig, er spredd på ulike virksomheter.
2 Ferdigstilte boliger.
3 Ikke definert måltall. Med utgangspunkt i faktisk utvikling fram til 2003 og økonomisk måltall kan forventet nivå settes til 720 årsverk.
4 Måltall er ikke definert i Opptrappingsplanen, men kommunene kan nytte midler til slike formål. (F.o.m. 2004 skal midler nyttes til slike formål.)

Rapportene fra kommunene viser i hovedsak en tilfredsstillende økning i aktivitet, sett i forhold til økningen i de økonomiske tilskuddene. For 2004 var nivået på bevilgningen til tilskudd til drift kommet opp i 47 pst. av måltallet for 2008, mens for eksempel 49 prosent av måltallet for nye årsverk i kommunene er nådd i 2004. Alle tiltak i kommunene slår ikke ut i økt antall årsverk, som for eksempel midler bevilget til brukerorganisasjoner og kompetansetiltak.

Ved utgangen av 2004 er det samlet sett gitt 3 418 boligtilsagn innenfor Opptrappingsplanen, mens måltallet er 3 400. Av disse var 1 626 boliger ferdigstilte ved utgangen av 2004. De 3400 boligene forventes ferdigstilt i løpet av 2006.

I 2004 mottok kommunene 1 544 mill. kroner i øremerkede tilskudd til tiltak for personer med psykiske lidelser og forebyggende tiltak. Ved årsskiftet 2004/05 holdt staten tilbake deler av tilskuddet til i alt 5 kommuner fordi vilkårene for utbetaling ikke var oppfylt. Disse kommunene er særskilt fulgt opp.

I 2004 ble 42 mill. kroner benyttet til lønnstilskudd til kommuner for deltakere i tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid og etterutdanning for personell i kommuner og spesialisttjeneste om spiseforstyrrelser, schizofreni og barn og unge med psykisk syke omsorgspersoner.

Tilbudet til barn og unge viser nå en kraftigere økning enn tilbudet til voksne. Mange kommuner synes imidlertid fortsatt å ha utilstrekkelige tilbud til barn og unge som er i risikosonen eller har utviklet psykiske problemer.

Status 2005

Forskningsrapporter fra evalueringen av Opptrappingsplanen viser at det fortsatt er forskjeller mellom kommunene i hvilken grad man har lykkes i å få til et godt arbeid på det psykiske helseområdet.

Norges Forskningsråd har i 2005 rapportert særskilt på tre av oppdragene som analyserer utbygging av tilbudet i kommunene, herunder effekten av å øremerke midler, vurdering av bredden i tilbudet og organisering, samarbeid og samordning. Rapportene beskriver tjenestene i perioden 2002–2004.

Det fremkommer at hjemmetjenestene fungerer best, mens tiltak som voksenopplæring, arbeid, fritid og bolig er dårligst ivaretatt. Opptrappingsplanen har gjort psykisk helsearbeid i kommunene tydeligere, og gir legitimitet politisk, administrativt og faglig. I starten av planperioden var tilbudet til voksne best ivaretatt, men etter at det ble satt som mål at 20 pst. av øremerkede midler skulle gå til barn og ungdom (St.prp. nr. 1 (2003–2004)), har tilbudet blitt bedre. Øremerkede midler brukt til barn og ungdom var 11 pst. i 1999, mens den nasjonale målsetningen om 20 pst. nå i stor grad er nådd for kommunene i gjennomsnitt. Rapportene omtaler videre at bredden og differensiering av tilbudene er minst og mest sårbart i små kommuner.

Regjeringen har som forutsatt i St.prp. nr. 1 (2004–2005) satt i gang en storbysatsing i 2005. Gjennom satsingen søker man å nå de som er alvorlig psykisk syke og svakstilte, og som bor i dårlige boliger og som av ulike grunner ikke nås av hjelpeapparatet. 50 mill. kroner er fordelt til forskjellige prosjekter etter søknader fra kommunene Bergen, Oslo, Stavanger og Trondheim. Etableringen av tiltakene i storbysatsingen betinger en gradvis oppstart i 2005. Fra 2006 vil det være full aktivitet i alle byene.

Individuell plan er kommunisert aktivt av sentrale myndigheter som et verktøy for samhandling og en rettighet for brukere til å få sitt tilbud framstilt helhetlig. Prosjekt for implementering av individuell plan for voksne og for barn og unge er gjennomført.

Av den økte bevilgningen til kommunene i 2004, ble 5 mill. kroner avsatt til utvikling av kompetansesenter/-nettverk og oppfølging av kompetansetiltak for kommunene i strategiplan for barn og unges psykiske helse. Disse tiltakene ble styrket med 4 mill. kroner i 2005 av midler som tidligere var disponert til forsøket med familiesentre. Forsøket ble avsluttet i 2004. Evalueringen sluttføres høsten 2005, og foreløpige konklusjoner tilsier at dette har vært et hensiktsmessig tiltak for å fremme satsingen på psykisk helse og samordne tjenestetilbudet til barn, unge og deres familier. Familiesenternettverket som ble etablert med utgangspunkt i de seks forsøkskommunene omfatter nå 52 sentra.

Vurderingen av status for forbyggende tiltak i kommunene viser at det forebyggende arbeidet ikke er godt nok utviklet, og at det er mangel på systematiske og kunnskapsbaserte tiltak. Enkelte tjenester er dårlig utbygd i mange kommuner. Spesielt synes målrettete tiltak for barn og unge å være lite utviklet.

Satsingsområder og mål for 2006

Det er forslått bevilget 400 mill. kroner mer i 2006 i forhold til saldert budsjett i 2005. I tillegg kommer priskompensasjon. Det foreslås at bevilgningen i 2005 på 50 mill. kroner satt av til tiltak i storbyene videreføres i 2006, jf. statsbudsjettet for 2005.

Som en oppfølging av St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge, legges det vekt på å styrke folkehelsearbeidet i kommunene. Det forebyggende arbeidet innen psykisk helse bør kunne dra nytte av de samarbeidsarenaene som er etablert i sammenheng med lokale partnerskapstiltak for folkehelse. Kommunene oppfordres til å koble folkehelsearbeidet tettere til kommuneplanen og planlegging etter plan- og bygningsloven. Videre bør kommuneplanen i større grad brukes i forbindelse med planlegging av utbygging av tjenestetilbudet til barn og unge.

I siste fase av Opptrappingsplanen vil departementet også sette økt fokus på innhold og kvalitet i tilbudet. I denne sammenhengen vektlegges de 8 skisserte hovedutfordringene, jf. innledningen på kapittel 743.

Barn og unge

Det skal fortsatt være en sterk satsing på forebyggende psykososialt arbeid for barn og unge. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er og skal fortsatt være sentrale aktører i dette arbeidet. Styrking av tilbud til barn og ungdom med vekt på tidlig intervensjon, behandling og oppfølging må derfor gis en vesentlig økt vekt.

Det er behov for å vurdere nye tiltak som kan sikre en bedre førstelinjetjeneste for barn og unge i kommunene. Et bedre tilbud til barn og unge i kommunene vil dessuten kunne redusere presset på og ventetiden i spesialisthelsetjenesten.

Departementet forutsetter som tidligere at minst 20 prosent av øremerkede midler til kommunene skal brukes til tiltak for barn og ungdom. Midlene skal nyttes til både forebygging og til behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske lidelser. Det forutsettes at kommunen ikke reduserer sin egenfinansiering av dette området.

Det skal utarbeides en særskilt veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. Faglig styrking vil være nødvendig for bedre å treffe brukernes behov og for at satsningen skal gi varige virkninger utover opptrappingsperioden.

Voksne

Kommunenes innsats bør særlig rettes inn mot mennesker med alvorlige eller moderate psykiske lidelser og særlig vektlegge:
- Tilfredsstillende bolig med tilstrekkelig bistand
- Mulighet til å delta i meningsfylte aktiviteter, om mulig sysselsetting
- Mulighet til å delta i et sosialt fellesskap og unngå sosial isolasjon
- Nødvendige og tilpassede helse- og sosialtjenester
- Styrking av bruker-/pårørendeorganisasjonene og brukerrettede tiltak

Fortsatt har ikke alle kommuner et tilfredsstillende tilbud til mennesker med psykiske lidelser på disse feltene. Departementet forutsetter derfor at utbygging av disse fem feltene sammen med tiltak for barn og unge prioriteres ved kommunenes disponering av de øremerkede tilskuddene.

Videre er det viktig at Aetat styrker sitt samarbeid med kommunene og trygdeetaten for å sikre at arbeidsmarkedstiltak blir gitt som en del av en helhetlig rehabilitering.

Bolig- og tjenestebehovet

Regjeringen varslet i St. prp. nr. 1 (2004–2005) en gjennomgang av boligsituasjonen. En kartlegging utført av FAFO og Byggforsk indikerer at kommunene i liten grad har en systematisk kartlegging av og oversikt over boligbehovet. Foreløpige beregninger viser behov for en økning av antall boliger for å ivareta målgruppens behov. Som oppfølging av St.meld. nr. 23 (2003–2004) Om boligpolitikken presenterte Regjeringen i 2005 en nasjonal strategi for perioden 2004–2007 for å forebygge og bekjempe bostedsløshet, «På vei til egen bolig». Målgruppen for strategien er i mange tilfeller sammenfallende med Opptrappingsplanens målgruppe. Som nevnt i helse- og omsorgsministerens redegjørelse i Stortinget 11. april 2005 om situasjonen innen psykisk helseområdet, vurderes det som viktig for realiseringen av Opptrappingsplanen at regjeringen lykkes med å legge til rette for et økt antall boliger og tjenestekapasitet for mennesker med psykiske lidelser. Det arbeides med den nærmere analysen av boligbehovet og personalressurser knyttet til dette. I vurderingen av boligbehov må man være oppmerksom på at det må tas høyde for at kommunene hvert år – også utover 2008 – må forvente å stå overfor nye personer som har behov for tilrettelagt bolig. En langsiktig løsning kan derfor ikke baseres på et bestemt antall boliger for alle gjennom Opptrappingsplanen.

Som en følge av at antall plasser i psykiatriske sykehjem er redusert raskere enn forutsatt i St.prp. nr. 63 (1997–1998), må kommunene sørge for tjenester til flere personer med psykiske lidelser enn planlagt. De regionale helseforetakene er derfor bedt om å påse at det ikke foretas ytterligere reduksjon av antall sykehjemsplasser eller andre døgnplasser. Et begrenset antall personer har et funksjonsnivå som medfører at kommunen ikke i alle tilfeller kan ivareta den faglige og boligmessig støtten på et tilfredsstillende nivå. For at denne gruppen skal motta et godt bolig- og tjenestetilbud, er det viktig med et tett samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Det vises i den sammenheng til at spesialisthelsetjenesten og kommunene forutsettes å etablere samarbeidsavtaler. Dette vil som regel være meget ressurskrevende brukere. Det bør også legges til rette for interkommunale løsninger.

På denne bakgrunn vil Regjeringen vektlegge kommunene ved fordelingen av økningen midlene over Opptrappingsplanen også i 2006. Regjeringen vil i statsbudsjettet for 2007 legge fram en vurdering av fordelingen av den gjenstående veksten i driftsutgifter mellom kommuner og helseforetakene.

Personell og kompetanse

Det er behov for å styrke det faglige innholdet i kommunalt psykisk helsearbeid og at det framstår som et tverrfaglig og tverretatlig fagfelt.

I tillegg til kommunenes bruk av øremerkede midler til kompetanse, vil følgende statlige tiltak bli prioritert i 2006:
- Videreutdanningstiltak om spiseforstyrrelser, schizofreni, dobbeltdiagnoser og barn og unge med psykisk syke omsorgspersoner.
- Etablere videreutdanning i psykososialt arbeid for barn og unge i kommunene, herunder vurdering av en tilskuddsordning til kommuner som ønsker å prioritere ansatte for denne type utdanning.
- Videreutdanning i psykisk helsearbeid for høgskoleutdannet personell.
- Utrede ordninger som bidrar til å rekruttere psykologer til kommunene.
- For å styrke kunnskapsgrunnlaget for det psykiske helsearbeidet, vil det bli etablert et kompetansenettverk for psykisk helsearbeid i kom-

munene. Det er også behov for økt kompetanse om rusproblemer og psykiske lidelser. Disse kompetansetiltak vil bli sett i sammenheng.

Kvalitetsmål skal utvikles også for viktige områder innen det psykiske helsearbeidet i kommunene. Dette arbeidet må også omfatte primærhelsetjenesten. Det er viktig å se dette i sammenheng med utviklingen av indikatorer innen spesialisthelsetjenesten, pleie- og omsorgstjenesten og rusomsorgen.

Styrking av samarbeid og samhandling

Kommunen skal sørge for god koordinering av tjenestene til mennesker med psykiske lidelser med sikte på et helhetlig og sammenhengende tilbud, og at tilbudet framstår for brukeren og befolkningen på en tydelig og synlig måte. Rapportene fra Norges forskningsråd påpeker at kommunens organisering av psykisk helsearbeid internt i kommunen, påvirker graden av samhandling både vertikalt og horisontalt.

Alle kommuner og respektive helseforetak/DPS-områder skal ha etablert et fast strukturert samarbeid om tjenester til mennesker med psykiske lidelser, både til barn, unge og voksne. Individuelle planer skal tas i bruk. Det er viktig at så vel kommunene som fastlegene lokalt finner fram til praktiske samarbeidsmodeller som kan fungere godt for alle parter. Fastlegenes rolle og samarbeidet med det øvrige psykiske helsearbeidet bør omtales i kommunenes planer.

Spesialisthelsetjenesten må gi veiledning til de kommunale tjenestene. Det er særlig viktig at kommunene settes i stand til også å gi brukere med omfattende tjenestebehov et tilfredsstillende tilbud. For mange av disse brukerne vil det være nødvendig at spesialisthelsetjenesten bistår slik at innleggelse kan unngås der dette er forsvarlig.

Bruker- og pårørendestyrking

Brukerperspektivet forutsettes lagt til grunn ved planlegging, organisering og drift av tjenestene og for å få utbetalt øremerkede tilskudd må kommunene kunne dokumentere brukermedvirkning. Støtte til brukerorganisasjonene og brukertiltak er vilkår for utbetaling av øremerkede midler.

Vilkår for øremerkede tilskudd og rapportering

Det er tidligere stilt som vilkår for utbetaling av de øremerkede tilskuddene at kommunene hadde planer for det psykiske helsearbeidet som dekket perioden fram til og med 2006. Det er behov for å oppdatere disse planene og legge til rette for virksomheten i tiden etter opptrappingsperioden. Den enkelte kommune må foreta en systematisk vurdering av befolkningens behov sett i forhold til det psykiske helsearbeidet, og av hvilke problemer en står overfor. Dette vil være viktig også i forhold til kommunens samlede folkehelsearbeid.

Samtidig er det viktig at planarbeidet blir en integrert del av kommunenes ordinære planarbeid, særlig økonomiplanarbeidet. På denne bakgrunn varsles det allerede nå om at det vil bli stilt som vilkår for utbetaling av 1. termin i 2007 at den enkelte kommune har en oppdatert plan for sitt samlede psykiske helsearbeid. Det er en forutsetning at planen er politisk vedtatt.

Kommunene pålegges å rapportere om bruken av tilskuddene i likhet med tidligere år. Vilkår for å få utbetalt tilskudd i 2006 er at:

- vilkårene for 2005 er oppfylt
- rapportering for bruk av øremerket tilskudd for 2005 er mottatt av fylkesmannen
- resultatrapporteringen for 2005 er tilfredsstillende
- det foreligger vedtak om bruk av eventuelle overførte midler fra 2005 til 2006
- det foreligger en oversikt over disponeringen av tilskuddet for 2006 som viser aktivitetsøkning sammenlignet med 2005
- kravene satt til brukermedvirkning er oppfylt
- det foreligger etablerte skriftlige rutiner mellom helseforetak og kommune for utarbeidelse av individuell plan.

Post 70 Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, kan overføres

Formålet med bevilgningen er å utvikle bedre tjenester for barn, ungdom og voksne gjennom personell- og kompetansetiltak, forskning, og utviklingsarbeid på særskilte satsningsområder. Posten foreslås styrket med 10 mill. kroner i 2006.

Kultur- og holdningsendring

Brukerundersøkelser viser at helhetlig tjenestetilbud, samarbeid mellom tjenesteutøverne og innflytelse på egen behandling og tjenestetilbud gir tilfredse brukere. Dette er sentralt i forhold til Opptrappingsplanens overordnede mål om helhetlige og tilgjengelige tjenester basert på brukeres behov, ressurser og medvirkning. For å bidra til endring i positiv retning er det behov for å fokusere på kultur- og holdningsendringer både i behandlings- og hjelpeapparatet og i befolkningen. Det skal arbeides med konkrete utfordringer i tjenesteapparatet (jf post 62 og 75) når det gjelder

samarbeid, brukermedvirkning og faglighet i arbeidet m.m. Viktige kulturendringer og holdninger vil bli satt tydeligere på dagsorden i arbeidet med utdannings- og kompetansetiltakene. I tillegg støttes ulike informasjons – og kommunikasjonsprosjekter og brukerstyrkingstiltak som bidrar til utvikling av et behandlings- og tjenestetilbud basert på brukermedvirkning, involvering av pårørende, åpenhet og samarbeid mellom tjenestenivåer m.m over denne posten.

Bruker- og pårørendestyrking

Økt brukermedvirkning og styrking av brukernes egne ressurser er et mål i Opptrappingsplanen. Sterke bruker- og pårørendeorganisasjoner, lokale brukermiljøer og reell brukerdeltagelse er en forutsetning for å oppfylle intensjonene i Opptrappingsplanen.

Resultatrapport 2004 og status 2005: Det ble bevilget 15 mill. kroner til drift av bruker- og pårørendeorganisasjoner innen psykisk helse. Mental Helses hjelpetelefon fikk 6,7 mill. kroner i 2004. Gjennom en tilskuddsordning for brukerstyrte sentre er det tildelt midler til etablering og drift av sju brukerstyrte sentre. Mental Helse Norge fikk ansvar for et prosjekt for etablering av et nasjonalt ressurssenter for bruker- og pårørendekompetanse. Forprosjektarbeidet avsluttes i 2005. Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri har i samarbeid med ADHD-foreningen, Landsforbundet Mot Stoffmisbruk, Mental Helse Norge og Voksne for barn utarbeidet et forslag til tiltaksplan for økt støtte til og samarbeid med pårørende til mennesker med psykiske lidelser. Prosjektet «Styrke forbedringskunnskapens plass i sosial – helseutdanninger» som er en del av «Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial – og helsetjenesten» setter fokus på brukerperspektivets rolle i utdanningene.

Mål 2006: Tiltaksplanen for pårørende til psykisk syke personer gjennomføres for å bidra til forbedring av de pårørendes situasjon. Arbeidet med etablering av nasjonalt ressurssenter for bruker- og pårørendekompetanse videreføres i tråd med føringene i Innst. S. nr. 250 (2003–2004). Videreføring av tilskuddsordning til bruker- og pårørendeorganisasjoner innen psykisk helse, til Mental Helses Hjelpetelefon og til etablering av brukerstyrte sentre.

Bevilgningen til tiltak for bruker- og pårørendestyrking foreslås videreført.

Kommunikasjon og samhandling

Resultatrapport 2004 og status 2005: For å styrke kunnskapen om mål og tiltak i Opptrappingsplanen og å styrke samhandlingen mellom tjenestenivåene er det utarbeidet en kommunikasjonsstrategi. Rådet for psykisk helse har på oppdrag fra statlige helsemyndigheter igangsatt et prosjekt som har som mål å bidra til kulturendring og kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid basert på et brukerperspektiv. Arbeidet er videreført i 2005.

Mål 2006: Systematiske kommunikasjonstiltak om Opptrappingsplanens mål, virkemidler, tiltak og resultater generelt, og pasientrettigheter og tjenestetilbud spesielt, utvikles og videreføres. Rådet for psykisk helses arbeid med å etablere lokale utviklingsprosjekter og møteplasser hvor brukere, pårørende, personell i kommunale tjenester og i spesialisthelsetjenesten møtes til dialog videreføres i 2006. Bevilgningene foreslås økt med 3 mill. kroner til Rådet for psykisk helses arbeid.

Åpenhet og informasjon

Åpenhet om psykisk helse og lidelser er målet for den overordnede strategien «Noe å snakke om…». Strategien er utviklet i samarbeid med brukerorganisasjonene. Tiltakene retter seg særlig mot barn, unge og deres nettverk, arbeidstakere og arbeidsgivere og brukere og tjenesteytere, samt gjennomføring av Verdensdagen for psykisk helse. Det er utarbeidet strategier for hver målgruppe. Tiltakene evalueres for å sikre måloppnåelse og best mulig effekt. Det er positive erfaringer blant annet med tiltakene som er rettet mot elever og lærere i ungdomsskolen for å øke kunnskaps- og bevissthetsnivået om viktige temaer for den psykiske helsen.

Mål 2006: Bevilgningene og tiltakene foreslås videreført i 2006.

Selvhjelp

Selvhjelpsmetodikk er et viktig supplement eller alternativ til behandling for mange som har behov for å styrke sin psykiske helse. Metodikken er stadig mer etterspurt og det gjennomføres flere tiltak for å gjøre selvhjelpsmetoder tilgjengelig for flere, innenfor rammen av «Nasjonal plan for selvhjelp» (Jf St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge). Gjennomføring av tiltakene skjer i dialog med relevante organisasjoner, herunder bruker- og fagorganisasjoner.

Status 2005: Nasjonalt knutepunkt for selvhjelp og en tilskuddsordning etableres. Knutepunktet skal stimulere til nettverksbygging og etablering av selvhjelpsgrupper og videreutvikle og formidle

selvhjelpsmetodikk. Tilskuddsordningen skal bidra til å øke aktiviteten innenfor selvhjelpsarbeid innen psykisk helse. Det avholdes et internasjonalt ekspertseminar høsten 2005.

Mål 2006: Arbeidet med nasjonal plan for selvhjelp videreføres og styrkes.

Personellsituasjonen

I Opptrappingsplanen forutsettes det et kvalitativt bedre behandlingstilbud med økt faglig kompetanse. For å øke helsefremmende arbeid, forebygging av psykiske problemer og bedre tilbudet til personer med psykiske lidelser, er det behov for økt rekruttering og kompetanseheving. Det er behov for spesiell innsats rettet mot kultur- og holdningsendringer for å oppnå kvalitetsforbedring (jf ovenfor).

Psykologer og psykiatere

Rapportering 2004 og status 2005: Tilgangen til personell med treårig utdannelse er generelt god i forhold til måltallene i Opptrappingsplanen. Når det gjelder psykiatere og psykologspesialister i spesialisthelsetjenesten er det imidlertid noen utfordringer, selv om rekrutteringen har bedret seg. De regionale helseforetakene (i særlig grad Helse Nord) har signalisert at det fremdeles er problematisk å rekruttere legespesialister. Det er i gang flere ordninger for å stimulere til økt rekruttering på utsatte områder for begge yrkesgrupper.

Mål 2006: Rekrutteringsprogrammene videreføres. Rekrutteringssituasjonen for leger og psykologer gjennomgåes og evt behov for nye tiltak vurderes (jf omtale i post 75).

Psykologer i kommunene

For å styrke behandlingstilbudet til voksne i kommunen anslås det i Opptrappingsplanen at det i løpet av planperioden vil være behov for en styrking av psykologtilbudet i kommunene tilsvarende om lag 184 årsverk. I Strategiplan for barn og unges psykiske helse vektlegges behovet for å styrke psykologtilbudet til barn og unge i kommunen.

Rapportering 2004: Ved inngangen av 2004 var 43 av den anslåtte økningen i antall psykologårsverk i kommunene opprettet.

Status 2005: SINTEF anbefaler i en rapport (evaluering av Opptrappingsplanen) at både helsestasjon/skolehelsetjeneste og PPT bør styrkes når det gjelder kompetanse og fokus på psykisk helse. Videre er det behov for økt kapasitet når det gjelder utredning og behandling i kommunene.

Mål 2006 (jf post 62): Det gjennomføres ulike stimuleringstiltak for å rekruttere og beholde psykologer.

Videreutdanning for høgskoleutdannet personell

Over Utdannings- og forskningsdepartementets budsjett er det tidligere bevilget 30 mill. kroner til oppretting av studieplasser i videreutdanning i psykisk helsearbeid. Det vektlegges å tilby plasser til andre grupper enn de som tidligere har hatt tilgang. Et sentralt tiltak for kompetanseheving i kommunene er 50 prosent statlig lønnsdekning for ansatte som tar videreutdanningen.

Resultatrapport 2004 og status 2005: Etterspørselen etter videreutdanningen er økende. Mens det i 2004 var mulig å imøtekomme alle søkerne som oppfylte kriteriene, var etterspørselen i 2005 så stor at det ble nødvendig å foreta en prioritering av nye studenter. Evaluering av tverrfaglig videreutdanning og tilskuddsordningen ble forsinket og gjennomføres i 2006.

Mål 2006: Ordningen med statlig dekning av lønnsmidler over kap.743 post 62 videreføres og vurderes i tilknytning til evalueringen. Det er et mål å rekruttere til videreutdanningen fra kommuner som ikke har ansatte med slik utdanning. Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge i kommunene iverksettes.

Videreutdanning for personell med utdanning fra videregående skole

Nye læreplaner for videreutdanning i psykisk helse ble godkjent og vurdert i sammenheng med ny lov om fagskoler som ble behandlet våren 2003. Midler til kompetansehevende tiltak for ufaglærte ble videreført i 2004.

Mål 2006: Tilskudd for kvalifiseringstiltak for personell i kommunene, som ikke har formalisert helse- og sosialfaglig utdanning, videreføres på samme nivå som i 2005.

Regionsentre for barn og unges psykiske helse

Regionsentrene (R.BUP) skal bidra til å utvikle, kvalitetssikre og forvalte vitenskaplig og praksisnær tverrfaglig kunnskap og kompetanse innen alle sentrale områder i arbeid med barn og unges psykiske helse, samt bidra til at slik kompetanse er tilgjengelig. Sentrene skal bidra til økt rekruttering av personell til psykisk helsevern, styrke psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene og bidra til å styrke andre fagfelt av betydning for barn og unges psykiske helse. Samarbeid med andre relevante kompetansemiljøer som for skole,

barnevern, rus og andre forskningsmiljøer er sentrale oppgaver.

Resultatrapport 2004: Ekstern evaluering av sentrene viste at regionsentrene har vært et effektivt virkemiddel i kompetanseoppbyggingen regionalt og viktige bidragsytere til den positive utviklingen i feltet. Evalueringen viste til at sentrene har stimulert til og selv drevet stor forsknings- og undervisningsaktivitet. Tjenesteapparatet var i stor grad fornøyd med tilbudene som blir gitt. Evalueringen viste også til områder med forbedringspotensiale.

Status 2005: I tråd med St.prp. nr. 1 (2004–2005) er sentrene styrket i forhold til forskning og kompetanseutvikling om forebygging og for å ivareta tiltak i Strategiplanen for barn og unges psykiske helse. En egen forebyggingsenhet ved R.BUP i Nord er etablert og under utvikling. Oppfølgning av evalueringsrapporten ble påbegynt på flere områder.

Mål 2006: Videreutvikling av sentrene (oppfølging av evalueringen) videreføres. Sentralt er samarbeidet med de regionale helseforetak og kommunale tjenesteområder, og med andre relevante kompetansesentra for barn og unge. Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og familiedepartementet vil samarbeide for å se kompetansetiltakene knyttet til arbeidet med barn og unge i sammenheng.

Kompetanseutvikling innen særskilte områder

Strategiplan for barn og unges psykiske helse «… sammen om psykisk helse…»:

Regjeringen la frem strategiplan i september 2003. Planen omfatter 100 tiltak og gjennomføres i samarbeid med en rekke berørte departement. Gjennomføring av planen og midler til en rekke av tiltakene er prioritert under denne posten.

Særskilte etter- og videreutdanninger

I St.meld. nr. 25 (1996–1997) Åpenhet og helhet er det vist til behov for spesielle utdanningstiltak for områder som ikke er godt nok dekket i de ordinære spesialist- og videreutdanninger.

Resultatrapport 2004: Det er gitt tilskudd til etterutdanning for personell om bl.a. barn og unge som har psykisk syke omsorgspersoner, spiseforstyrrelser og alvorlig psykisk sykdom.

Status 2005: Opplæringsprogrammet vedrørende barn av psykisk syke var ferdig implementert i 2004. Evaluering av de tre utdanningsprogrammene ble påbegynt høsten 2005.

Mål 2006: Evalueringen av utdanningsprogrammene følges opp og det vurderes å utvide tilskuddsordningen for utdanningsprogram til å omfatte flere kompetansetiltak, herunder om eldres psykiske helse. Det igangsettes arbeid for å sikre at brukerperspektivet inngår som en sentral del av utdanningene. Sosial- og helsedirektoratet skal igangsette kompetansehevende tiltak for å styrke bruker- og pårørendemedvirkning og samarbeid med andre tjenester.

Utdanning og forskning om atferdsproblemer

Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og familiedepartementet samarbeider om tiltak for å bedre tilbudet til barn og unge med atferdsproblemer, både ved innføring av dokumenterte gode metoder som Multisystemisk behandling (MST), Parent Management Training (PMT), og Webster Stratton-metoden. Videre gis det tilskudd til Senter for atferdsproblemer og innovativ praksis (Atferdssenteret) ved Universitet i Oslo

Rapport 2004 og status 2005: Metodene gir positive resultater og spres både til enheter i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.

Mål 2006: Videreføring av arbeidet med å gjøre behandlingsmetodene tilgjengelige for tjenesteapparatet. Det rettes særlig fokus på kommunale tjenester.

Homofile og lesbiske

Det er behov for å øke tilgjengelighet til kompetanse og informasjon om homofile og lesbiskes situasjon mht. sårbarhet og psykisk helse. Selvmordsproblemer, rusavhengighet og identitetsproblematikk er sentrale momenter, jf. St.meld. nr. 25 (2000–2001) Levekår og livskvalitet for lesbiske og homofile i Norge.

Resultatrapport 2004: Rådgivningstjenesten for homofile og lesbiske ved Olafiaklinikken er styrket. Homofiles ungdomstelefon har fått støtte og informasjonsmateriell om lesbiske og bifile kvinners helse utviklet, m.m.

Status 2005: Støtten til Homofiles ungdomstelefon er videreført og det er bevilget midler til en nasjonal konferanse for fagpersoner om møte med homofile i kultur, skole, arbeidsliv og helse- og sosialtjenestene. Samarbeidet med organisasjoner og fagmiljøer er styrket i 2005 og videreutvikling og implementering av informasjons- og veiledningsmateriell blir gjennomført i samarbeid med Handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort og Strategiplan for forebygging av HIV og seksuelt overførbare infeksjoner.

Mål 2006: Kompetanse og informasjonstiltak på området videreføres.

Forskning og statistikkutvikling

Forskning

Forskning på psykisk helse styrkes gjennom Opptrappingsplanen. Midler fordeles primært via Norges forskningsråd (NFR), men også til Regionsentre for barn og unges psykiske helse, Senter for atferdsproblemer og innovativ praksis, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, (jf. kap.743 post 73). Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) (jf kap.710 post 01). De regionale helseforetakene har et selvstendig ansvar for å drive forskning på psykisk helseområdet.

Resultatrapport 2004: Forskningsmidlene ble i 2004 i hovedsak bevilget til NFR, programmene for Mental helse og Helsetjenester og helseøkonomi jf. kap.701. For å følge opptrappingsplanens utvikling innen sentrale temaområder er det etablert et eget evalueringsprogram i NFR. Programmet startet i 2001, og pr 2004 omfattet evalueringen 15 prosjekter. Hovedspørsmålet i prosjektene er om Opptrapningsplanen har effekt på; Brukertilfredshet/ brukerdeltagelse/ brukerbasert evaluering av tjenester, utbygging og organisering av kommunale tjenester, tilgjengelighet for barn og ungdom med psykiske problemstillinger til kommunens psykiske helsearbeid og psykisk helsevern, befolkningens kunnskap om og holdninger til psykisk helse og lidelser, kompetanseutvikling/ rekruttering/ utdanningskapasitet og om Opptrappingsplanens betydning for bruk av tvang i norsk psykiatri.

Status 2005: Evalueringsprogrammet utvides i 2005 med to nye prosjekter som kartlegger fastlegenes rolle, ansvar, tiltak i forhold til pasientpopulasjonen med psykiske problemer hos hhv voksne og barn og ungdom. Avdeling for psykisk helse ved Folkehelseinstituttet er styrket og videreutviklet. De regionale helseforetakene har igangsatt arbeid for å styrke sin forskning på det psykiske helseområdet.

Mål 2006: Midlene til NFR videreføres i det nye programmet for psykisk helse og program for helse- og omsorgstjenester (se omtale kap. 701). Evalueringsprogrammet for Opptrappingsplanen videreføres og resultatene analyseres fortløpende. Forskning ved Nasjonalt Folkehelseinstitutt styrkes (omtale kap.710 post 01). Forskning om mestrings- og beskyttelsesfaktorer hos barn og unge er et prioritert område. Forskning knyttet til eldres psykiske helse skal vurderes. Midlene skal også dekke oppdrag om kunnskapsoppsummeringer og utredninger som er relevante for Opptrappingsplanen.

Statistikkutvikling

Resultatrapport 2004: Sosial- og helsedirektoratet gjennomførte i 2004 et prosjekt som forbedret kommunenes rapportering på de øremerkede midlene knyttet til Opptrappingsplanen. Arbeidet ble videreført i 2005.

Status 2005: Sosial- og helsedirektoratet er i ferd med å gjennomgå data- og rapporteringssystemer for både de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten. Gjennomgangen skal foretas for å sikre pålitelige og tilstrekkelige data om psykisk helsetilstand i befolkningen og tjenester knyttet til psykisk helse. Målet er å styrke datagrunnlaget slik at vi ikke bare kan si noe om strukturelle forhold, men også mer om effekter av tjenester for psykisk syke. For å få nødvendig kunnskap om den psykiske helsetilstanden i befolkningen, har Folkehelseinstituttet igangsatt etableringen av et system for regelmessige diagnosebaserte befolkningsundersøkelser. God oversikt over forekomsten av psykiske lidelser vil danne grunnlag for bedre kunnskap om befolkningens faktisk behov for tjenester. Statistisk sentralbyrås Levekårsundersøkelse 2005 har helse som tema, og et tilleggsutvalg som vektlegger spørsmål om psykisk helse finansieres over denne posten for å få bedre kunnskap om den psykiske helsetilstanden i befolkningen. Foreløpige data vil foreligge juni 2006. Endelige data med registerkoblinger foreligger et år senere.

Mål 2006: Styrkingen av datagrunnlaget både for kommunene og for spesialisthelsetjenesten sikres ved å utvikle dagens rapporterings- og dokumentasjonssystemer. Disse systemene skal gi grunnlag for utvikling av indikatorer. Det arbeides med å utvikle en bedre dokumentasjon på det samlede psykiske helsearbeidet i hver kommune, og ikke bare på Opptrappingsplanens midler som det har vært rapportert på til nå. I tillegg skal det foretas en etterprøving av bruken av øremerkede midler i et utvalg av kommuner. Midler til utvikling og drift av dokumentasjons- og rapporteringssystemer for psykisk helsevern (SAMDATA) dekkes over denne posten. Jf omtale under post 75.

Arbeid og sysselsetting

Det er behov for å styrke tilgjengeligheten av arbeid og arbeidsmarkedstiltak for mennesker med psykiske lidelser.

Resultatrapport 2004: Økt fokus på yrkesrettet attføring har medført at antall registrerte yrkeshemmede på attføring har økt sterkt de seinere årene. I 1998 var det i gjennomsnitt registrert 53 100 yrkeshemmede, mens det i 2004 var 86 400

yrkeshemmede. Bortsett fra muskel- og skjelettlidelser er psykiske lidelser de mest vanlige diagnoser blant yrkeshemmede. Andelen med psykiske lidelser har økt fra om lag 21 pst. i 1998 til om lag 24 pst. i 2004.

Aetat gjennomfører en betydelig innsats overfor attføringssøkere med psykiske lidelser. Gjennomsnittlig antall yrkeshemmede med psykiske lidelser som deltar i arbeidsmarkedstiltak har økt fra rundt 7 000 personer i 1998 til 13 700 i 2004. Opptrappingsplanens måltall på 4 000 flere personer som får et tilbud gjennom Aetat er dermed oppnådd. I 2004 benyttet Aetat om lag 2,6 mrd kroner til arbeidsmarkedstiltak for personer med psykiske lidelser, inkl. 83 mill. kroner som ble stilt til rådighet over Opptrappingsplanen for psykisk helse. Personer med psykiske lidelser er fordelt på hele spekteret av arbeidsmarkedstiltak med utgangspunkt i den enkeltes behov for formidling, tiltak og andre virkemidler. Erfaringer og forskning viser at det er behov for videre utvikling og implementering av velfungerende tiltak. Tverrfaglig samhandling mellom behandlingsapparat og tiltaksapparat er viktig.

Status 2005: I tillegg til totalt 103 mill. kroner fra Opptrappingsplanen til målrettede tiltak over Arbeids- og sosialdepartementets budsjett i 2005, ble det for 2005 avsatt inntil 2,5 mill. kroner til utviklingsarbeidet «Vilje viser vei», for å utvikle bedre metoder for målgruppen. Prosjektet ferdigstilles våren 2006 og er primært rettet mot mennesker med alvorlige eller moderate psykiske lidelser. Bl.a. utarbeides et opplæringsopplegg for førstelinjen i Aetat, trygdeetaten og sosialetaten for å øke kunnskapen om psykiske lidelser og psykisk helse. Av 103 mill. kroner ble 20 mill. kroner avsatt til egen storbysatsing for å styrke innsatsen i Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger.

Arbeidet er utvidet til å omfatte mennesker med lettere psykiske lidelser, forebygging av at folk faller ut av arbeidslivet, samt å legge til rette for en god inngang til arbeidslivet gjennom (tilpasset) opplæring og utdanning. Samarbeidspartnere er bl.a. Aetat, Arbeidsdirektoratet, RTV, sosialsektoren, Rådet for psykisk helse og Sosial- og helsedirektoratet. Utdanningsmyndighetene og partene i arbeidslivet er sentrale aktører. Erfaringer så langt viser at personer med psykiske lidelser har behov for lengre kartleggings- og avklaringsperioder, tettere oppfølging og sterkere fokus på integrerende arbeidsrettede tiltak enn det som ellers brukes i Aetat. Storbysatsingen har fokus på å gi gode avklaringstilbud, og ny metodikk prøves ut.

Mål 2006: Utviklingsprosjektet «Vilje viser vei» inngår i den videre satsingen og avsluttes våren 2006. Satsingen innebærer bl.a. forankring i det ordinære arbeidet, implementering og oppfølging av tiltak for målgruppene sentralt og lokalt og vil bli videreført.

For 2006 foreslås det å sette av 123 mill. kroner til arbeidsrelaterte tiltak for personer med psykiske lidelser. Dette omfatter videreføring av 83 mill. kroner til videreføring av målrettede arbeidsmarkedstiltak for personer med psykiske lidelser og 20 mill. kroner til Storbysatsingen i Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger, samt 20 mill. kroner til budsjettkapittel 630 Aetat som skal sikre forankring, konsolidering, oppfølging, opplæring og videre metodeutvikling. Det vil bli rapportert særskilt på bruken av midlene.

Post 72 Tilskudd til Modum Bads Nervesanatorium

Modum Bad er en privat diakonal stiftelse. Hovedoppgaven er sykehusdrift med 111 plasser, av disse 14 plasser innen behandling av spiseforstyrrelser. Sykehuset er åpent for pasienter fra hele landet og behandler enkeltmennesker og familier med psykiske lidelser. Staten dekker i dag 90 pst. av driftsutgiftene og 10 pst. dekkes av henvisende instans.

Resultatrapportering og status

I 2004 var bevilgningen til formålet 81,876 mill. kroner. Det ble behandlet 1230 pasienter, herav 131 med spiseforstyrrelser. Økningen i 2003 ble benyttet til å utvide behandlingskapasiteten for mennesker med spiseforstyrrelser, samt styrke behandlingen av overgrepsofre.

Modum Bad har forelagt departementet planer om å etablere et tilbud for behandling av mennesker med psykiske lidelser og et samtidig rusmiddelmisbruk. Fra og med 2004 fikk de regionale helseforetakene ansvaret for spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere. Modum Bad får i 2005 et tilskudd på 2 mill. kroner for å øke sin kompetanse i en integrert behandling av personer med psykiske lidelser som samtidig har et rusmiddelmisbruk.

Behandlede pasienter/liggetid

			Regnskap		Budsjett
År	2001	2002	2003	2004	2005
Behandlede pasienter	862	975	1 146	1230	1290
Gjennomsn. liggetid	43 dager	38 dager	34 dager	32 dager	30 dager

Mål 2006

Modum Bad planlegger en volumøkning på 20 plasser innen rus/psykiatri og traumebehandling/spiseforstyrrelser. Departementet foreslår å videreføre bevilgningen på posten, og forutsetter at volumøkningen dekkes inn med å øke egenandelen for henvisende instans fra 10 til 20 pst.

Modum Bad i Vikersund finansieres direkte over statsbudsjettet. Stortinget har også forutsatt lignende finansiering for Vikens senter i Bardu som er under etablering. Denne særfinansieringen setter disse institusjonene i en særstilling i forhold til øvrig offentlig og privat spesialisthelsetjeneste.

For å kunne ivareta en samlet prioritering av ressurser og en helhetlig planlegging av sykehustjenestene vil departementet i samarbeid med berørte regionale helseforetak og berørte institusjoner foreta en vurdering av fremtidig finansieringsform for de to institusjoner. Departementet vil komme tilbake med en slik vurdering i budsjettet for 2007.

Post 73 Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, kan overføres

Formålet med posten er å øke kunnskapsgrunnlaget, styrke kompetansen, og bedre tjenestene til volds – og traumerammede som f. eks. traumatiserte flyktninger, personer som har vært utsatt for seksuelle og fysiske overgrep, mennesker som har vært utsatt for/vitne til vold i nære relasjoner m.fl. Posten omfatter også midler til forskning og kompetanseutvikling om voldsutøvere og overgripere, og til styrking av selvmordsforebyggende arbeid. Det foreslås bevilget 101,7 mill. kroner på posten i 2006.

Forskning og kompetanse om vold og traumer

Resultatrapportering 2004: Helse- og omsorgsdepartementet, Justisdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet og Forsvarsdepartementet står bak Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) som ble etablert ved Universitetet i Oslo 01.01.04. Formålet er å styrke forskning, utviklingsarbeid, kunnskapsformidling og kompetanseutvikling på volds- og traumefeltet. Senteret har etablert samarbeid med Alternativ til Vold (ATV) og Institutt for klinisk sexologi og terapi om forskning og kompetanseutvikling knyttet til vold i nære relasjoner og seksualisert vold.

Status 2005: NKVTS er i 2005 styrket med 3 mill. kroner. Senteret er i gang med flere forskningsprosjekter, også et eget forskningsprogram etter flodbølgekatastrofen i Asia julen 2004. Dette vil kunne gi økt kunnskap om kriseintervensjon, om overlevende og pårørende, om beredskapspersonell m.m. Senteret har sentrale forsknings- og kompetanseutviklingsoppgaver i handlingsplanene som omtales nedenfor.

Mål 2006: Prioriterte områder i 2006 er overgrepsproblematikk knyttet til barn og unge (jf plan omtalt nedenfor), vold mot kvinner i nære relasjoner og barn som er vitne til vold (jf handlingsplan mot vold i nære relasjoner) samt overgripere/utøvere av vold (både unge og voksne). Videre skal NKVTS utvikle behandlingsmetoder for traumatiserte flyktninger og styrke arbeidet med flyktningbarn/unge. Forskningsprogrammet etter flodbølgekatastrofen fortsetter. NKVTS skal evalueres i løpet av 2006. Bevilgningene til NKVTS foreslås videreført.

Regional kompetanse på volds- og traumefeltet

Regjeringen har besluttet å etablere regionale ressurssentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (jf. handlingsplanen «Vold i nære relasjoner»). Formålet er å bidra til økt kvalitet og mer helhetlige tjenester gjennom økt kompetanse og bedre samarbeid mellom de ulike tjenester. Sentrene skal bistå alle deler av tjenesteapparatet (helsetjenester, barnevern, familievern, politi etc.), med informasjon, veiledning og konsultasjon, kompetanse oppbygging m.v., og etablere nettverk mellom relevante samarbeidspartnere i regionen.

Mål 2006: Eksisterende bevilgninger til kompetanseprosjekter og tiltak på området vold, traumatisk stress (tilskudd til psykososialt arbeid for flyktninger, og til arbeid med seksuelt misbrukte barn) samt selvmordsforebygging videreføres og

inngår i de regionale ressurssentrene. Unntaket er deler av bevilgningene som er knyttet til klinisk virksomhet ved behandling av flyktninger og asylsøkere. Disse videreføres i spesialisthelsetjenesten.

Særskilte tiltak og målgrupper

Styrking av helsetjenestene til volds- og voldtektsrammede.

Styrking av det lokale helsetjenestetilbudet til volds- og voldtektsutsatte er et viktig tiltak i handlingsplanen mot Vold i nære relasjoner (2004–2007).

Resultatrapport 2004: Kartlegging av helsetilbudet til personer som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep viste at tilbud er mangelfullt flere steder både for vold- og voldtektsrammede. Det er mangel på registrerings-, behandlings- og oppfølgingsrutiner, svak kompetanse, og uklarheter med hensyn til ansvar og finansiering av helsetjenester til denne gruppen.

Status 2005: Det er bevilget 10 mill. kroner til utvikling av helsetjenestetilbudet til vold- og voldtektsrammede slik at det kan etableres en felles mottaksfunksjon for volds og voldtektsrammede ved minimum en eksisterende interkommunal legevakt i hvert fylke. Veileder for helsetjenesten når det gjelder registrerings- og henvisningsrutiner, behandling- og oppfølging av mennesker som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep utarbeides.

Mål 2006: Veileder for helsetjenesten, jf. over, skal ferdigstilles og implementeres. Arbeidet med å utvikle og sikre tilstrekkelig kompetanse ved mottaksfunksjoner i primærhelsetjenesten for vold- og voldtektsrammede fortsetter. Bevilgningen foreslås videreført.

Psykososiale tjenester ved kriser, ulykker og katastrofer

Det er behov for å å styrke hjelpeapparatets psykososiale oppfølging ved kriser, ulykker og katastrofer. Det skal det skal derfor utarbeides nasjonale retningslinjer om innhold i psykososiale tjenester ved kriser, ulykker og katastrofer og organisering av tjenestene på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Som følge av den ekstraordinære situasjonen flodbølgekatastrofen i Asia julen 2004 medførte, ble helsetjenestenes beredskap satt på en prøve. På bakgrunn av dette er det bevilget midler i 2005 over denne posten til forskning ved NKVTS (omtalt ovenfor) som kan gi verdifull kunnskap om psykososial oppfølging ved kriser, ulykker og katastrofer og forebygging av traumatisk stress.

Handlingsplan mot vold i nære relasjoner

Handlingsplanen «Vold i nære relasjoner» (2004–2007) ble lagt frem i 2004. Justisdepartementet har koordineringsansvaret, men Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for flere av tiltakene i handlingsplanen, alene eller i samarbeid med flere departementer. Tiltakene i handlingsplanen under Helse- og omsorgsdepartementet er igangsatt og videreføres i samarbeid med berørte departementer og direktorater.

Plan mot seksuelle og fysiske overgrep mot barn

Barne- og familiedepartementet har utarbeidet en femårig strategi mot seksuelle og fysiske overgrep mot barn i samarbeid med berørte departement. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for flere av tiltakene i strategien. Tiltakene er rettet mot å forebygge og forhindre seksuelle og fysiske overgrep mot barn, samt bedre behandling og oppfølging av ofrene og unge overgripere, gjennom økt kompetanse, bedre samarbeid mellom f.eks politi, barnevern og helsetjenester etc.

Mål 2006: Tiltakene i handlingsplanen følges opp i samarbeid med berørte departementer og andre instanser.

Regjeringens handlingsplan mot menneskehandel

I juni 2005 la regjeringen frem en plan for å styrke innsatsen mot menneskehandel. Helse- og omsorgsdepartementet deltar i arbeidet som koordineres fra Justisdepartementet. Hovedmålgruppen er kvinner og mindreårige utnyttet i prostitusjon eller andre seksuelle formål. Mange av disse kan ha blitt utsatt for tvang, vold, seksuelle overgrep og andre traumatiserende situasjoner. Det er behov for å få oversikt over gruppens behov og evt. styrke helsetjenestens kunnskap og kompetanse i forhold til å identifisere og imøtekomme behovene.

Psykososialt arbeid for flyktninger og asylsøkere

Innvandrere og flyktninger med lovlig opphold har samme rett til helsetjenester som den øvrige del av befolkningen. Både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å kunne møte pasienter med ikke-vestlig bakgrunn på en god måte ved å ta hensyn til språkkunnskaper, religiøse og kulturelle skikker og tradisjoner. Tjenestene må ha kunnskap om konsekvenser av forfølgelse, flukt og eksiltilværelse. Det er igangsatt egne forsknings-, kompetanse- og veiledningstiltak for å styrke tjenestene til gruppen. Nasjonalt kunn-

skapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har etablert en egen seksjon for flyktninghelse og tvungen migrasjon med sikte på å styrke forsknings- og kompetanseutviklingen på området. Regionalt er det bevilget midler til kompetanseutvikling og veiledning (Psykosiale team for flyktinger) for å styrke både spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. I tillegg til strukturelle kompetansehevingstiltak gjennomføres en rekke tiltak i samarbeid mellom helse- og utlendingsmyndighetene for å bedre forhold knyttet til psykisk helse og psykisk sykdom hos flyktinger og asylsøkere. Blant disse er en utredning av tilbudet til personer i asylmottak som representerer utfordringer med hensyn til farlighet og utagering i samarbeid med utlendings- og politimyndighetene. Utredningen vil inneholde forslag til både kortsiktige og langsiktige tiltak for identifisering og bedre oppfølging av disse personene. Det gjennomføres prøveprosjekt med utprøving av metoder for systematisk kartlegging av psykisk helse hos nyankomne asylsøkere (både voksne og barn). Det arbeides også for å bedre psykisk helse hos barn og unge i mottak.

Mål 2006: Kunnskaps- og kompetanseutvikling og veiledning til tjenesteapparatet for bedre psykososial oppfølging av flyktinger og asylsøkere videreføres og utvikles innenfor rammen av de regionale ressurssentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging jf St.prp. nr. 1 (2004–2005) samt omtale ovenfor. Resultatene fra ovennevnte prøveprosjekt vurderes med sikte på eventuell bruk av kartleggingsinstrumentene i den ordinære helsetjeneste. Utredningen av personer i asylmottak med utagerende eller voldelig atferd ferdigstilles og ut i fra erfaringene vurderes et fremtidig system i samarbeid med justis- og utlendingsmyndighetene, for å identifisere og følge opp denne gruppen. Tiltak for å styrke psykisk helse for barn i asylmottak skal følges opp i samarbeid med berørte departement (KRD, BFD og UFD) og direktorater.

Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI)

Det ble i 2003 etablert en nasjonal kompetanseenhet for somatisk og psykisk helse og omsorg for personer med innvandrerbakgrunn. Enhetens hovedoppgaver er innsamling og formidling av tilgjengelig kunnskap, nettverksbygging, forsknings- og utviklingsarbeid, informasjonsutveksling nasjonalt og internasjonalt. Målgrupper for NAKMIs arbeid er i første rekke helsepersonell, forskere og andre som jobber med minoritetshelse. Enheten ligger på Ullevål universitetssykehus.

Nasjonale tiltak mot selvmord

Det er omlag dobbelt så mange som begår selvmord hvert år enn det dør i trafikken. Enda flere selvmordsforsøk gjennomføres, men dette er mangelfullt dokumentert. Det er derfor behov for særskilte tiltak rettet mot selvmordsforebygging. I perioden 1994–2002 ble det satset på selvmordsforebyggende tiltak gjennom prosjektene «Handlingsplan mot selvmord» og «Tiltak mot selvmord», utløste en rekke aktiviteter innen mange samfunnssektorer. Det overordnede målet er å redusere selvmord og selvmordsforsøk og bedre livskvalitet og omsorg for alle som blir berørt av dette. Selvmordsraten har vist en fallende tendens i perioden. Flere av tiltakene er videreført i 2003, 2004 og 2005. Det bevilges blant annet midler til nasjonale forsknings- og kompetansehevingstiltak, regionale selvmordsforebyggende prosjekter, til undervisningsprogram, til tiltak i regi av LEVE (organisasjon for etterlatte etter selvmord), samt til Verdensdagen for selvmordsforebygging 10. september. En 5-årig tidligintervensjonsstudie hos unge selvmordsutsatte igangsettes i 2005 som et samarbeidsprosjekt mellom sentrale fagmiljøer. Arbeidet med nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern er igangsatt. Til tross for noen positive utviklingstrekk er selvmordsraten fremdeles høy og det er behov for å fortsette et målrettet selvmordsforebyggende arbeid, både nasjonalt, regionalt og lokalt.

Mål 2006: Satsingsområder og strategiske mål for det selvmordsforebyggende arbeid for perioden 2006–2008 er under utarbeidelse og vil ligge til grunn for arbeidet i 2006. Tiltakene er helhetlige og rettes både mot selvmordsforebygging, forbedring av behandlingstilbudet, kompetansetilførsel og nødvendig kunnskaps- og statistikkutvikling. De regionale prosjektene for selvmordsforebygging vil inngå i de regionale ressurssentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (jf ovenfor).

Post 75 Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, kan overføres

Opptrappingsplanen er en styrking av psykisk helsevern som innebærer at nivået på driftskostnadene i 2008 skal ligge om lag 2,68 mrd. kroner (2006-kroner) over nivået i 1998, hvorav ca. 1,86 mrd. kroner til psykisk helsevern for voksne og ca. 0,82 mrd. kroner til barn og ungdom. De regionale helseforetakene settes med dette i stand til å styrke spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud til mennesker med psykiske lidelser i tråd med Opptrappingsplanens forutsetninger. Øvrige mid-

ler til psykisk helsevern bevilges over basisbevilgningen til de regionale helseforetak, jf. kap. 732, post 71–75 og post 77 refusjon poliklinisk virksomhet.

Det foreslås bevilget 1 541 mill. kroner for 2006 i tilskudd til psykisk helsevern over kap. 743 post 75. Posten foreslås økt med 330 mill. kroner sammenlignet med 2005. I tillegg kommer priskompensasjon på posten. Av den økte bevilgningen, er 11 mill. kroner avsatt til særskilte tiltak som er omtalt nedenfor. De resterende 319 mill. kroner av økningen fordeles til henholdsvis de regionale helseforetakene og til drift av Viken senter. Fordelingsnøkkel for psykisk helsevern, jf. St.meld. nr. 5 (2003–2004) og Innst. S. nr. 82 (2003–2004) legges til grunn for fordeling av midler mellom de regionale helseforetak.

Utbyggingen av DPS-strukturen videreføres gjennom den vedtatte investeringsplan for spesialisthelsetjenesten. Det forutsettes at den prosentvise veksten innenfor psykisk helsevern og rus skal være sterkere enn innen somatikken.

Resultatrapportering 2004

Foreløpige tall fra SAMDATA viser at driftskostnadene til psykisk helsevern utgjorde 11,5 mrd. kroner i 2004, noe som representerer en realvekst på tre prosent i forhold til 2003. Økningen i driftskostnader fra 2003 til 2004 var lik for somatikk og psykisk helsevern. Den sterke satsingen på det psykiske helsevernet for barn og ungdom i 2003 fortsatte i 2004, med en økning i driftskostnadene på åtte prosent.

Utvikling i totale driftskostnader til psykisk helsevern. 1996–2004[1]. Millioner kr målt i faste 2004 kr. Prosentvis endring fra 1996–2004 og 1998–2004.

	1996	1998	2000	2001	2002	2003	2004	Prosent endring 1996–2004[1]	Prosent endring 1998–2004[1]
Totale driftskostnader psykisk helsevern	8 974	9 782	10 249	10 413	11 013	11 343	11 495	28	18
Totale driftskostnader BUP	1 023	1 232	1 316	1 374	1 585	1 703	1 836	80	49
Totale driftskostnader VOP	7 951	8 550	8 933	9 038	9 428	9 649	9 658	22	13

Kilde: SINTEF Helse og SSB

I følge foreløpige tall fra SAMDATA er regionale helseforetaks egenfinansiering av psykisk helsevern fra 2003 til 2004 opprettholdt. Veksten i somatisk sektor og psykisk helsevern er lik på om lag 3 pst. På bakgrunn av de endelige SAMDATA-tallene vil departementet følge opp det enkelte regionale helseforetak i forhold til de forutsetninger som stilles for tilskuddet, og sikre at det skjer en vekst innen psykisk helsevernet i tråd med Stortingets årlige vedtak for Opptrappingsplanen.

Status for gjennomføringen av Opptrappingsplanen innenfor psykisk helsevern for barn og unge

Tabellen nedenfor viser oversikt over de måltall som St.prp. nr. 63 (1997–1997) trekker opp for psykisk helsevern for barn og unge.

2004 tall ihht til foreløpige SAMDATA-rapport

Mål ih t. til St.prp nr. 63 (1997–1998)	Status 1998	Status 2004	Ift mål 2008
205 flere døgnplasser	296	331	Opprinnelig mål på 500 totalt er modifisert
265 flere dagplasser			ikke målbart pga variabel bruk
400 flere fagpersoner i poliklinikk	951	1473	oppfylt
5 pst. dekningsgrad	2	3,6	forventes nådd innen 2008

Ved utgangen av 2004 var det i følge foreløpige tall fra SAMDATA totalt 331 døgnplasser innen psykisk helsevern for barn og ungdom, dvs. en økning på 35 plasser fra 1998. I en kartlegging utført av Sosial- og helsedirektoratet i 2004 framkommer det at de regionale helseforetakene legger opp til å etablere totalt ca. 400 døgnplasser totalt for barn og ungdom i løpet av Opptrappingsperioden. Ettersom Opptrappingsplanen anbefalte å etablere i alt 500 plasser i løpet av perioden, innebærer dette 100 færre plasser enn opprinnelig anbefalt. Det vises i den forbindelse til St.prp. nr. 1 (2004–2005) hvor dette er redegjort for. I de senere årene har det blitt utviklet en rekke ambulante arbeidsmåter som alternativer til innleggelse, delvis i samarbeid med barnevernet. Det er imidlertid store forskjeller mellom helseforetakene når det gjelder bruk av slike ambulante tjenester. På bakgrunn av utviklingen av nye arbeidsformer vil departementet følge opp situasjonen blant annet på bakgrunn av ventelister og ventetider i tilknytning til behovet for døgnplasser for barn og ungdom.

For dagopphold er det ikke utviklet egnet statistikk på grunn av fleksibel bruk i forhold til poliklinikkene.

I 2004 fikk 39 300 barn og unge behandling i det psykiske helsevernet. Av disse fikk 37 600 poliklinisk behandling, dvs. 97 pst. Det ble behandlet 18 700 flere barn og unge i det psykiske helsevernet i 2004 enn i 1998, dvs. en økning på 91 pst. Den sterke veksten i antall behandlede pasienter har medført at den samlede dekningsgraden i det psykiske helsevernet for barn og ungdom (andel barn og unge som mottar tilbud) har økt fra 2,0 pst i 1998 til 3,6 pst. i 2004. Økningen fra 2003 til 2004 var særlig sterk, og med samme veksttakt resten av opptrappingsperioden vil målet om 5 pst. dekningsgrad kunne nås.

Når det gjelder målsetning å øke antall fagpersoner i poliklinisk virksomhet for barn og ungdom med 400, har antall årsverk i perioden 1998–2004 økt med 522. Dette målet er dermed allerede nådd, men det er grunn til å vurdere personell behovet på ny ettersom dekningsgraden på 5 pst. ennå ikke er nådd.

Status for gjennomføringen av Opptrappingsplanen innenfor psykisk helsevern for voksne

Behandlingskapasiteten i det psykiske helsevernet for voksne har økt betydelig så langt i opptrappingsperioden.

Innen psykisk helsevern for voksne har antall refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner økt med 9 pst. fra 2003 til 2004. Siden 1998 har antall polikliniske konsultasjoner økt med 282 800, dvs. 59 pst. Målet i Opptrappingsplanen om 50 % økning er således allerede nådd. Departementet finner det ikke riktig å sette ytterligere konkrete mål på polikliniske konsultasjoner, men vil fokusere på behovet for reduserte ventetider og tilgjengelighet for behandling.

Antall døgnopphold økte ikke fra 2003 til 2004, men har økt med 10 500, dvs. 31 pst. i perioden 1998–2004. Antall oppholdsdøgn har gått gradvis ned siden 1998, og nedgangen fortsatte fra 2003 til 2004. Dette innebærer at hvert enkelt institusjonsopphold gjennomsnittlig har blitt kortere siden 1998. Opptrappingsplanen innebærer en omlegging av døgndriften til mer aktiv behandling og kortere opphold.

Ved utgangen av 2004 var det 15 596 årsverk totalt innenfor psykiske helsevern for voksne, noe som tilsvarer en økning på 1942 årsverk fra 1998, dvs. 14 pst. Antall polikliniske årsverk var omtrent konstant fra 2003 til 2004, men har økt med hele 45 pst. siden 1998. Årsverk for psykologer, leger og psykiatere har økt mest hittil i perioden.

Det har vært en vesentlig høyere vekst i antall årsverk ved DPS-ene enn ved sykehusavdelingene (56 pst. mot 8 pst.). Veksten ved DPS-ene må ses i sammenheng med reduksjonen ved sykehjemmene og den prioritet som er gitt gjennom Opptrappingsplanen. Totalt sett har antallet årsverk økt raskere enn forventet, og målene om 4600 flere årsverk samlet sett i planperioden vil bli nådd innen 2008 dersom tilveksten fortsetter.

Produktiviteten ved de psykiatriske poliklinikkene har tidligere ikke økt som forutsatt i Opptrappingsplanen. Undersøkelsen viser likevel at det har vært over 50 prosents økning i antallet pasienter som behandles i poliklinikk siden siste under-

søkelse i 2000. Den sterke helsepolitiske satsingen på poliklinisk behandling har ført til at flere pasienter mottar behandling enn tidligere.

Døgnplasser i spesialisthelsetjenesten

Ved behandlingen av St.prp. nr. 60 (2004–2005) kommuneproposisjonen vedtok Stortinget gjennom Innst. S. nr. 245 (2004–2005):

> «Stortinget ber Regjeringen om å gjennomgå det samlede heldøgnstilbudet for mennesker med psykiske lidelser innenfor sykehusavdelingene, de distriktspsykiatriske sentrene og de psykiatriske sykehjemmene ut fra forutsetningen om at det samlede heldøgnstilbudet skal styrkes, og legge fram en samlet plan for den videre utbyggingen for Stortinget i forbindelse med statsbudsjettet for 2006.»

I statsbudsjettet for 2005 ble det redegjort for det samlede antall døgnplasser per 2003, og planlagte antall døgnplasser i 2008. På bakgrunn av Stortingets vedtak gir departementet her en oppsummering med oppdaterte statustall i forhold til St.prp. nr. 1 (2004–2005).

Det var 1487 døgnplasser i DPS i 1998, og dette antallet var økt til 2027 i 2004, jf. foreløpige tall fra SAMDATA. Opptrappingsplanen foreslo å øke antall døgnplasser til totalt 2065 i 2006. I henhold til en kartlegging foretatt av Sosial- og helsedirektoratet i 2004, viser de regionale helseforetakenes nåværende planer at det totalt vil være 2215 døgnplasser i DPS i 2008.

Når det gjelder antallet psykiatriske sykehjemsplasser vises det til øvrig omtale under innledning til kapittel 743, økonomiske konsekvenser og omtale under post 62 vedrørende boligbehov i kommunene. Det vises også til at de regionale helseforetakene i eget brev fra september 2004, er bedt om å sørge for at det ikke foretas ytterligere reduksjon i sykehjemsplasser eller andre døgnplasser inntil boligsituasjonen i kommunene er gjennomgått. Forutsatt at pasientene ved sykehjemmene tas hånd om i kommunal regi eller i samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, er nedbyggingen av psykiatriske sykehjem i spesialisthelsetjenesten faglig sett i tråd Opptrappingsplanens intensjoner. Tabellen nedenfor viser utviklingen i forhold antall til plasser for aktiv behandling og bo- og omsorgstiltak.

Antall plasser for aktiv behandling	1998	2004	2008[1]
Sykehus	3 070	2 814	2 800
Distriktspsykiatriske sentre	1 487	2 027	2 200
Sum	4 557	4 814	5 000

[1] 2008 er basert på nåværende planer.

Antall plasser i bo- og omsorgstltak	1998	2004	2008
Psykiatriske sykehjemsplasser	1 298	272	
Kommunale omsorgsboliger		1 672	3 400
Sum	1 298	1 944	

Antall døgnplasser ved sykehusene gikk ned fra 3070 i 1998 til 2814 i 2004, en nedgang på 256 plasser, jf. foreløpige SAMDATA tall for 2004. En kartlegging utført av Sosial- og helsedirektoratet i mai 2004, viser at Regionale helseforetak har ulike planer for utbyggingen av sykehusplasser i den resterende delen av opptrappingsperioden. Dersom planene gjennomføres vil det være 2836 døgnplasser i sykehus i 2008, dvs. en nedgang på 234 plasser fra 1998, eller 7,6 pst. Forutsatt at denne reduksjonen først og fremst skyldes at allmennpsykiatriske oppgaver og tilhørende ressurser overføres til DPS, er dette en riktig utvikling. Sykehusene skal utvikle mer spesialisert kompetanse innen diagnostikk, utredning og behandlingsplanlegging, og det er behov for økt kapasitet i sikkerhetsavdelinger. Ressursfordelingen mellom sykehusavdelingen og DPS-ene er i dag fordelt med om lag 60 pst. ved sykehusene og 40 pst. ved DPS-ene. Det henvises for øvrig til St.prp. nr. 1 (2003–2004) og innledningen til budsjettkapittel 743 med hensyn til at regionale helseforetak skal vurdere antall døgnplasser på nytt. Regionale helseforetak må til en hver tid kritisk vurdere ressursanvendelsen mellom sykehusavdelinger og DPS, for å oppnå best mulig resultater og kostnadseffektivitet, jf.

St.prp. nr. 1 (2004–2005). Det forutsettes at nedleggelse av eksisterende institusjoner ikke finner sted uten at nye og bedre tiltak er bygd opp.

Når kapasiteten ved døgnavdelingene både i sykehus og DPS vurderes, må det ikke utelukkende legges vekt på antallet plasser. Det avgjørende er hvordan den samlede kapasiteten av døgnplasser, dagplasser, poliklinikk og ambulerende team utnyttes og samarbeider med kommunene. Det vises til orienteringen om ventetider, hvor det framgår at flere henvises og flere får behandling av psykisk helsevern.

SINTEFs pasienttelling for 2003 viser at det etter behandlernes vurdering er mange pasienter som fremdeles burde hatt oppfølging på et lavere nivå. I følge tellingen burde 52 pst. av døgnpasientene i sykehusavdelingen etter behandlernes vurdering hatt tilbud på lavere omsorgsnivå, av disse 13 pst. på DPS og 20 pst. ved kommunale døgntilbud og 15 pst. i egen bolig uten tilsyn. Blant døgnpasientene i DPS burde om lag halvparten hatt andre døgntilbud, hvorav de fleste døgntilbud i kommunal regi eller i egen bolig. Samlet viser undersøkelsen at om lag 40 pst. av pasientene i døgnavdelingene i spesialisthelsetjenesten burde hatt et kommunalt tilbud.

Pasienttellingen for døgnpasienter tyder på at det fortsatt er behov for en betydelig omstillingsprosess i det psykiske helsevernet for voksne, samt å øke kapasiteten i kommunenes døgnbaserte omsorgstilbud for pasienter som nå befinner seg i institusjoner i det psykiske helsevernet.

For å sikre nødvendig flyt i behandlingskjeden og en effektiv utnyttelse av døgnplassene, må sykehusene og DPS-ene utvikles slik at det samlet sett gis et mer hensiktsmessig tilbud til pasientene. Det forutsetter at det utvikles en klar ansvars- og oppgavefordeling mellom DPS og sykehus, og mellom DPS og kommunene i opptaksområdet.

Status 2005

Tilgjengelighet til tjenesten – ventetid

Situasjonen for tjenesten er preget av at stadig flere pasienter får tilbud om behandling i spesialisthelsetjenesten. I følge ventelistetall for 1. tertial 2005 har antall nyhenvisninger over 18 år økt med 1 213 fra samme tidspunkt året før. Økningen i antall nyhenvisninger antas å være en medvirkende årsak til at ventetiden på behandling holdes stabilt i forhold 1. tertial 2004 og 1. tertial 2005, dvs en endring fra 53 til 52 dager. For barn og ungdom har antall ventende økt med 2 pst, mens gjennomsnittlig ventetid er økt med 4 dager i perioden.

Ventelistetallene svinger en god del over tid og mellom regionene. Variasjonene er størst innen psykisk helsevern for barn og ungdom. Det at antall ventende øker, må sees i sammenheng med at man i Opptrappingsplanen har tatt utgangspunkt i et underforbruk av tjenester i forhold til reelt behov. Samtidig med en sterk økning i antall nyhenviste de siste to årene, øker kapasiteten for både voksne og barn og unge slik at ventetiden er synkende eller stabil. Det er fortsatt sterk vekst i tjenester for barn og unge i psykisk helsevern. Samtidig med dette øker også etterspørselen av tjenestene, og midtveis i 2005 er det tilnærmet 4 000 barn og unge som venter på utredning og behandling i psykisk helsevern. Ventetiden varierer kraftig mellom regionene; den er kortest i Helse Nord og lengst i Helse Vest.

Departementet forventer at ventetiden reduseres etter hvert som de kommunale tilbud og desentraliserte spesialisthelsetjenester bygges ytterligere ut.

Tilgjengelighet og ventelister (Kilde: Norsk Pasientregister)

	1. tertial 2002	1. tertial 2004	1. tertial 2005	Endring 2002–2005	Endring i pst. 2002–2005
Psykisk helsevern, voksne					
Gjennomsnittlig ventetid[1]	59 dager	53 dager	52 dager	-7 dager	-12 pst.
Antall ventende	6 618	6 960	7416	798	12 pst.
Antall nyhenviste	13 681	18 284	19497	5 816	43 pst.
Psykisk helsevern, barn og ungdom					
Gjennomsn. ventetid, barn og ungdom[1]	90 dager	71 dager	75	-15 dager	-17 pst.
Antall ventende, barn og ungdom	2 551	3 850	3929	1 378	54 pst.
Antall nyhenviste, barn og ungdom	3 332	6 422	6521	3 189	98 pst.

[1] Gjennomsnittlig ventetid for pasienter der behandlingen er avsluttet i løpet av perioden.

Kartlegging av akutt psykisk helsevern for voksne

En kartlegging av situasjonen ved akuttavdelingene foretatt av Sosial- og helsedirektoratet viser at beleggsprosenten økte fra 96 pst. i 2003 til 99 pst. våren 2005. Alle regionene har en beleggsprosent på over 95 pst, mens Helse Vest og Helse Nord har begge et overbelegg på henholdsvis 107 pst. og 103 pst.

Det er store variasjoner mellom helseforetakene både når det gjelder kapasitet i forhold til folketall, beleggsprosent og andel utskrivningsklare pasienter. Likeledes er det store forskjeller mellom foretakene mht. akuttplassenes andel av samlet sykehuskapasitet. Resultatene indikerer at enkelte helseforetak kan ha et kapasitetsproblem.

Når det gjelder utviklingen i kapasitet på landsbasis sammenlignet med tidligere kartlegginger har antallet sengeplasser i akuttavdelingene holdt seg stabilt på rundt 920 senger siden målingen i 2003.

Øvrige tiltak

Psykisk helse og rus – dobbeltdiagnoser/dobbeltindikasjon

Etter at de regionale helseforetakene fikk overført ansvaret for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere, er det blant annet arbeidet med sammenhengen mellom det psykiske helsevern og tiltakene for rusmiddelsmisbrukere. I særlig grad gjelder dette DPS-ene. Undersøkelser fra døgninstitusjoner innen psykisk helsevern kan tyde på at mer enn halvparten av alle inneliggende pasienter ved siden av sin psykiske lidelse også har et til dels omfattende rusmiddelproblem. Erfaringer fra arbeid med rusmiddelmisbrukere og fra undersøkelser fra rusmiddelmisbrukermiljøene, bekrefter at denne pasientgruppen har til dels omfattende somatiske og psykiske plager/lidelser ved siden av sine rusmiddelproblemer.

Pasienter med dobbeldiagnose – rusmiddelproblemer og alvorlige psykiske lidelser – gir ikke en utfyllende og dermed tilfredsstillende definisjon av den situasjonen som en betydelig andel rusmiddelmisbrukere befinner seg i. Anslag kan tyde på at det er mer enn 3 ganger så mange rusmiddelmisbrukere som har psykiske lidelser som ikke faller inn under definisjonen for dobbeldiagnose.

Sosial- og helsedirektoratet har i brev til Østnorsk kometansesenter for rusrelaterte spørsmål bedt disse å medvirke til at personer med alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk skal få individuelt tilpassede, spesialiserte og tverrfaglige tjenester basert på kunnskap og kvalitet. Nytt program for psykisk helse vil blant annet ha fokus på forskning om rusmiddelbruk, avhengighet og psykisk helse.

Tilbud til døve og døvblinde med psykiske lidelser

Tilbudet til døve med psykiske lidelser skal styrkes. I 2005 er det satt av midler til oppstart av en landsfunksjon og nasjonalt kompetansesenter i regi av Helse Øst. Tilbudet er under etablering ved Aker universitetssykehus. Det tas sikte på en gradvis oppstart av funksjonene.

Nasjonalt kompetansesenter i psykisk helsevern for den samiske befolkningen

Det er under etablering et samisk kompetansesenter for voksne og et for barn og unge i innenfor en budsjettramme på 20 mill. (-98) kr., ihht St.prp. nr. 63. I 2005 er rammen 18,6 mill. kroner (2005-kr). Det tas sikte på å øke driftsstøtten til sentret i 2006. Helse Nord har utarbeidet en overordnet plan for kompetansesenteret. Hovedutfordringen for det kliniske arbeidet er å åpne virksomhet for forskningsaktivitet og utvikle et system for formidling av klinisk erfaring. Kompetansesenterets kliniske virksomhet er en integrert del av kompetansesenteret. Familieavdelingen ble åpnet i 2004, og akutteamets virksomhet fungerer som et ambulerende team.

Lands- og flerregionale funksjoner innen psykisk helsevern for barn og unge

I henhold til St.prp. nr. 63 (1997–1998) ble det i tilknytningen til overføringen av Statens senter for barn- og ungdomspsykiatri (SSBU) fra staten til Oslo kommune, forutsatt at departementet skulle komme tilbake til Stortinget med forslag til hvordan lands- og flerregionale funksjoner innen barne- og ungdomspsykiatri burde ivaretas. Det var videre forutsatt at denne vurdering måtte skje i en senere fase av Opptrappingsplanen etter at utbyggingen i regionene var kommet tilstrekkelig langt for å kunne avdekke eventuelle behov for lands- og flerregionale tjenester.

Departementet har vurdert behovet for landsfunksjon for psykosebehandling av barn og unge ved SSBU (nå Sogn senter for barne- og ungdomspsykiatri). Å etablere en landsfunksjon for psykosebehandling ved SSBU, vil legge betydelige begrensninger for muligheten til å utvikle tilsvarende behandlingstilbud andre steder i landet. Det er faglig ønskelig å legge til rette for behandling av barn og unge nærmes mulig bosted, også for psykosebehandling. Departementet har etter Sosial- og helsedirektoratets anbefaling derfor vurdert at det ikke er behov for å etablere en landsfunksjon for klinisk psykosebehandling ved SSBU. Det er ikke identifisert behov for å vurdere kliniske landsfunksjoner for andre diagnosegrupper innen barne- og ungdomspsykiatri.

Sikkerhetsplasser

I tråd med målsettingen i Opptrappingsplanen er det etablert tre regionale kompetansesentre for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Trondheim (Brøset), Bergen (Sandviken) og Oslo (Ullevål/Gaustad). Sentrenes funksjoner består av veiledning, undervisning, fagutvikling og forskning. I tillegg er det 218 sikkerhetsplasser fordelt på høy- og middels høye- sikkerhetsavdelinger. Målsettingen i Opptrappingsplanen var etablering av 160 nye plasser med tanke på den nye lovbestemmelsen om strafferettslig særreaksjonen dom til tvunget psykisk helsevern, som trådte i kraft 1. januar 2002. (jf. kap 743 post 73).

Antall Sikkerhetsplasser 1996–2004:

Årstall	Plasser på høyt sikkerhetsnivå (regionale plasser)	Plasser på middels høy sikkerhetsnivåt	Totalt
1996	54	76	130
1996–1998	0	61	61
1998–2004	8	19	27
Nivå 2004	62	156	218

Behovet for etablering av nye døgnplasser vurderes kontinuerlig. Som en oppfølgning av intensjonen i Opptrappingsplanen og som følge av den strafferettslige særreaksjonen dom til tvunget psykisk helsevern, er det behov for opprettelse av ca. 30 observasjons- og utredningsplasser for å vurdere rett behandlingsnivå ved innleggelser eller overfor innsatte i fengsel med psykiske lidelser og atferd som vanlige psykiatriske sykehus ikke har kompetanse til å takle. I følge tall fra Statistisk Sentralbyrå er det en økning i antall personer som ersinnlagt på grunnlag av dom til tvungent psykisk helsevern fra 15 i 2002 til 33 i 2004.

Kompetanseutvikling for ADHD

Ved behandlingen av Ot.prp. nr. 106 (2001–2002) Om lov om endringer i straffeprosessloven og politiloven m.m. (lovtiltak mot barne- og ungdomskriminalitet) vedtok Stortinget å be Regjeringen foreta en gjennomgang av hva slags kunnskap som

finnes om ADHD – problematikk hos de ulike faggrupper som arbeider med barn og unge.

Funn i en nasjonal kartlegging foretatt av SINTEF av behandlingstilbudet for barn og unge med ADHD, viser at det tar om lag fire år fra problemet identifiseres av foreldrene til diagnoses stilles. Årsaken til dette kan relateres til usikkerhet for hvor foreldrene skal henvende seg, manglende koordinering i de kommunale tiltakene og mellom 1. og 2. linjen, og det er for dårlig kapasitet samlet sett.

Nytt regelverk for legers rett til å rekvirere sentralstimulerende legemidler trådte i kraft 1. mai 2005. Veileder for diagnostisering og behandling av pasienter med ADHD utgis høsten 2005. Evaluering av regelverk og veileder igangsettes høsten 2005. Det er opprettet et nasjonalt kompetanseverk mellom aktuelle fagmiljøer som skal stimulere kompetanseutvikling.

Ved behandling av Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004–2005) økte Stortinget bevilgningen til Norges forskningsråd med 3 mill. kroner øremerket til grunnforskning på ADHD. Ved behandling av Innst. S. nr. 240 (2004–2005) ble det gitt en engangsbevilgning for 2005 på 1 mill. kroner til basisforskning på ADHD ved Universitetet i Oslo.

I Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003–2004) ba Stortinget Regjeringen om å vurdere etablering av et grunnforskningssenter for ADHD ved Universitetet i Oslo. Det finnes flere kompetente forskningsmiljøer innen ADHD-forskning i Norge. Etter en samlet vurdering finner departementet det ikke hensiktsmessig å opprette et eget grunnforskningssenter ved Universitetet i Oslo. Det foreslås at ADHD – forskning i regi av Norges Forskningsråd (midlene utbetales over kapittel 701 og er omtalt under program for psykisk helse) også skal gjelde klinisk og epidemiologisk forskning som kan gi kunnskap om årsaker, forekomst, om forløp, om behandling og om utvikling av følgetilstander som depresjon, adferdsforstyrrelser, rus og kriminalitet, i tillegg til grunnforskning. Bevilgningen på 3 mill. kroner til grunnforskning på ADHD foreslås videreført i 2006.

Viken senter

Departementet godkjente planene for etableringen av Viken senter i november 2003. I St.prp nr. 1 (2003–2004) ble det bevilget statlig medfinansiering av byggearbeidene med om lag 63 mill. kroner over kap 732 post 70. I tillegg kommer midler fra offentlige og private bidragsytere.

Institusjonen får totalt 40 behandlingsplasser. Byggene vil bli ferdigstilt og tatt i bruk gradvis i løpet av 2006 med full drift i 4. kvartal 2006. Samlet sett vil dette gi et belegg på 50 % for 2006 under ett, eller ca 6400 kurdøgn. Rekruttering av personell til fagstillingene ser ut til å være i god gjenge.

Samlede driftsutgifter for behandlingsvirksomheten inkludert FOU-arbeid og kursvirksomhet er beregnet til ca 33 mill. kroner for 2006.

Satsningsområder og mål for 2006

Evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse viser at spesialisthelsetjenesten ser ut til å nå de ønskede produksjonsmålene. Flere pasienter får behandling og utbyggingen av DPS'er og poliklinikker for barn og ungdom har resultert i at det finnes adekvate behandlingstilbud nærmere pasienten.

De godkjente fylkeskommunale planene har utgjort sentrale føringer også etter at de regionale helseforetakene overtok ansvaret fra fylkeskommunene. Samtlige regionale helseforetak har foretatt enkelte endringer og tilpasset disse til en regional struktur.

De godkjente planene for omstrukturering og styrking ligger til grunn og er integrert som del av de regionale helseforetakenes arbeid med psykisk helsevern. Med utgangspunkt i planene er de regionale helseforetakene pålagt å gjennomføre et gitt antall investeringsprosjekter ihht St.prp. nr. 63 (1997–1998), DPS-utbygging, BUP-poliklinikker etc. Det er nå nødvendig å etablere nye mål som svarer på de utfordringene tjenesten står overfor i den gjenstående delen av Opptrappingsplanen, og legge mindre vekt på de tidligere fylkeskommunale planene. Begrunnelsen for dette er at de fylkeskommunale planene først og fremst bidro til å sikre utbygging og omstrukturering av tjenesten ihht. St.prp 63 (døgn, dag og poliklinikk). Jamfør resultatrapporteringen er disse målsetningene allerede realisert eller er innenfor rekkevidde.

De fylkeskommunale planene tar ikke innover seg de utfordringene som nå er identifisert. Det er nødvendig å sette inn strategiske tiltak som svarer på utfordringene til tjenesten.

De fylkeskommunale planene skulle også være styringsgrunnlaget mellom departementet og fylkeskommunen. Gjennom helseforetaksmodellen skjer styringen nå gjennom departementets bestillerdokument og foretaksmøtene med de regionale helseforetakene, og fortrinnsvis ikke gjennom godkjenning av de regionale planer.

I siste fase av Opptrappingsplanen vil departementet sette økt fokus på innhold og kvalitet i tilbudet.

Kap. 0744 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
70	Fagenhet for tvungen omsorg	54 188	41 598	42 929
	Sum kap 0744	54 188	41 598	42 929

Post 70 Fagenhet for tvungen omsorg

Ved lov av 15. juni 2001 nr. 64 om endringer i straffeloven og i enkelte andre lover (endring og ikraftsetting av strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner samt endringer i straffeloven §§ 238 og 239), som trådte i kraft 1. januar 2002, ble det besluttet etablering av en egen fagenhet for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbrytere.

Resultatrapportering og mål

Ansvaret for drift av fagenheten forestås av Helse Midt-Norge RHF. Utgiftene til drift og videre investeringer dekkes særskilt over denne posten. Tilsvarende gjelder kostnader knyttet til gjennomføring av særreaksjonen utenfor fagenheten. I Ot.prp. nr. 46 (2000–2001) er kapasitetsbehovet i fagenhet for tvungen omsorg anslått til totalt 15 personer, basert på at 1–2 personer dømmes til tvungen omsorg per. år. Det er her understreket at anslagene for antall personer er usikre, men så langt synes dette å være et riktig estimat.

Fagenheten er organisatorisk knyttet til Brøset regional sikkerhetsavdeling. Fagenheten har sin egen faglige identitet med basis i tverrfaglig habiliteringsarbeid. Det faglige ansvaret ligger hos fagenhetens ledelse. Fagenheten kan inngå avtale med en kommune om at en del av særreaksjonen kan gjennomføres der når hensynet til den domfelte tilsier det, og sikkerhetshensyn ikke taler mot.

Ved gjennomføringen av dom på tvungen omsorg gjelder psykisk helsevernloven kapittel 6 om kontroll og etterprøving så langt de passer. Ved fagenheten er det opprettet en egen kontrollkommisjon med ansvar for alle psykisk utviklingshemmede som dømmes til tvungen omsorg.

Per. juli 2005 er 11 personer dømt til tvungen omsorg, hvor av en nylig avsatt dom ikke er rettskraftig ennå. Av de øvrige 10 er 2 personer plassert i fagenheten, og 8 personene befinner seg i kommunale tiltak under fagenhetens ansvar.

Utgiftene på posten utgjorde om lag 54 mill. kroner i 2004. Det er for 2005 gjennomført tiltak for å redusere kostnadsnivået for ordningen. Det foreslås bevilget om lag 43 mill. kroner til ordningen i 2006.

Programkategori 10.50 Legemidler

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006	Pst. endr. 05/06
0750	Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578)	134 067	124 921	135 064	8,1
0751	Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 3751 og 5577)	74 006	131 835	81 744	-38,0
	Sum kategori 10.50	208 073	256 756	216 808	-15,6

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006	Pst. endr. 05/06
01–23	Statens egne driftsutgifter	141 682	187 049	150 601	-19,5
30–49	Nybygg, anlegg m.v.	2 862	3 614	2 999	-17,0
70–89	Andre overføringer	63 529	66 093	63 208	-4,4
	Sum kategori 10.50	208 073	256 756	216 808	-15,6

Overordnet formål med programkategorien

Programkategorien er knyttet til oppfyllelse av følgende legemiddelpolitiske mål:

- Befolkningen skal ha tilgang til sikre og effektive legemidler uavhengig av betalingsevne
- Legemidler skal brukes riktig faglig og økonomisk
- Det skal være lavest mulig pris på legemidler

Det vises også til de refusjonspolitiske målene som er omtalt under programkategori 30.50 Legehjelp, legemidler m.v. kap. 2751 post 70.

Kap. 0750 Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
01	Driftsutgifter	131 205	121 307	132 065
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	2 862	3 614	2 999
	Sum kap 0750	134 067	124 921	135 064

Som følge av innføringen av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen, jf. omtale i Gul bok 2006, er bevilgningsforslaget redusert med:
Post 01: 5 863 000 kroner
Post 45: 684 000 kroner

Overført fra 2004 til 2005:
Post 01: 2 236 000 kroner
Post 45: 1 975 000 kroner

Formål og hovedprioriteringer

Statens legemiddelverk skal bidra til å sikre at de legemiddelpolitiske og refusjonspolitiske målene blir oppfylt.

Legemiddelverkets forvaltningsoppgaver er knyttet til klinisk utprøving av legemidler, utredning av kvalitet, sikkerhet og effekt i forbindelse med godkjenning av legemidler, legemiddeløkonomi, laboratoriekontroll, bivirkningsovervåking, vedlikehold av markedsføringstillatelser for legemidler på markedet og veiledning om riktig legemiddelbruk. Legemiddelverket skal bidra til å ivareta narkotikakonvensjonens overordnede mål gjennom å overvåke den legale omsetningen av narkotiske legemidler og virkestoff.

Legemiddelverket har videre ansvar for å føre tilsyn med klinisk utprøving og med forsyningskjeden for legemidler. Denne omfatter importører, råvareprodusenter, legemiddeltilvirkere, grossister og detaljister. Hensikten er å overvåke tilgjengeligheten av legemidler og føre tilsyn med at legemidlenes kvalitet ikke forringes på veien fra produsent til allmennheten.

Legemiddelverkets myndighetsutøvelse skal være konsistent og forutsigbar. Veiledning og formidling skal være kunnskapsbasert. Legemiddelverkets målgrupper er legemiddelindustri, legemiddelgrossister, apotek og forskrivere. I tillegg er allmennheten en målgruppe for informasjon om legemidler. Helsepersonell må holdes oppdatert om ny kunnskap av betydning for rasjonell bruk av legemidler gjennom Legemiddelverkets hjemmesider, mediekontakt og andre egnede fora.

Gjennom arbeidet med søknader om markedsføringstillatelser og med oppfølging av bivirkningsmeldinger gis allmennheten tilgang til sikre og effektive legemidler. Søknadsbehandlingen skjer på ulike nivå, fra fullstendige utredninger av all søknadsdokumentasjon til å kommentere eller anerkjenne vurderinger gjort av andre EØS-land. For å få en mest mulig målrettet ressursutnyttelse legger Legemiddelverket vekt på å engasjere seg internasjonalt i søknadsprosesser som gjelder legemidler av stor betydning for folkehelsen og norske terapitradisjoner.

Resultatrapport 2004

Legemiddelverket har overholdt kravene til behandlingstid for søknader i EUs godkjenningsprosedyrer, men ikke for nasjonale søknader. Årsaken er at antall søknader har økt sterkt de siste fem årene. Legemiddelverket gjennomførte en kartlegging av ressursbruk, mulige effektiviseringstiltak og ressursbehov knyttet til arbeidet med søknader om markedsføringstillatelser, jf. St.prp. nr. 65 (2004–2005) og Innst. S. nr. 240 (2004–2005).

Overvåkingssystemet for legemidler består av datainnsamling, analyse, nødvendige tiltak, informasjon samt evaluering av effekten av tiltak. Antall bivirkningsmeldinger har økt fra 987 i 2000 til 1717 i 2004. Overvåkingssystemet er nærmere omtalt under bivirkningsovervåking under Tilstandsvurdering.

Kvalitetsovervåking i EØS viste at legemidler med sentral markedsføringstillatelse stort sett hadde tilfredsstillende kvalitet, men at det var mangler ved flere produsenters kontrollmetoder. Nasjonal stikkprøvekontroll fokuserte spesielt på influensavaksiner og legemidler med tidligere kvalitetssvikt. Det ble ikke gjort funn som krevde spesielle tiltak. I flere naturmidler ble det påvist steroider i mengder som kunne gi alvorlige helseskader. Forhandlerne ble anmeldt til politiet.

Statens legemiddelverk inngikk de første refusjonskontraktene med legemiddelfirmaer, om to diabeteslegemidler.

I 2004 ble det behandlet 104 refusjonssøknader. Blåreseptnemnda ble etablert i begynnelsen av 2004. Nemndas hovedoppgave er å bistå Statens legemiddelverk med å utforme, utdype og kvalitetssikre grunnlaget for beslutninger om godkjenning av legemidler for forhåndsgodkjent refusjon. Nemnda konsulteres ved terapeutiske nyvinninger som kan føre til vesentlige endringer i behandlingstilbudet og dermed også for ressursbruken.

Prisene på 300 virkestoff ble revurdert i 2004. Totalt ble det fattet 5999 enkeltvedtak om maksimalpris. Byttelisten for likeverdige legemidler ble utvidet med flere nye legemiddelformer.

Legemiddelverket inspiserte 8 prosent av virksomhetene som skal overvåkes. Apotek, grossister, tilvirkere inkl. blodbanker og kliniske utprøvere ble prioritert. Det ble foretatt en inspeksjon (GCP) utenfor EØS-området i samarbeid med EØS-partnere. Ingen tillatelser er trukket som følge av tilsyn eller inspeksjon.

Mattilsynet inspiserte 16 prosent av virksomhetene som i 2004 startet salg av visse reseptfrie legemidler utenom apotek. Det ble ikke avdekket noen kritiske avvik. Ved årsskiftet hadde 5500 virksomheter konsesjon for salg av visse reseptfrie legemidler.

Det ble behandlet 131 meldinger om kvalitetssvikt på produkter.

Legemiddelverket behandlet 26 saker om apotekkonsesjon. Antallet andre forvaltningssaker på apotek økte. Fire vedtak (av 252) ble klaget inn for apotekklagenemnda.

Tilstandsvurdering

Legemiddelverkets informasjon om legemidlers effekt og bivirkninger er en viktig motvekt mot industriens markedsføring. Informasjonen gjelder både nye bivirkninger av kjente legemidler og utvalgte legemidler med nye virkestoffer. Nye bivirkningsproblemer, for eksempel kardiovaskulære bivirkninger av Cox-2 hemmere, samt nye data om effekt medfører at terapeutiske retningslinjer og refusjonsregler må endres.

Den nasjonale kvalitetsovervåkningen utvides med medisinfôr til oppdrettsfisk. Naturmidler som er tilsatt legemiddelstoffer for å forsterke virkningen, ser ut til å være et økende problem. Laboratoriet innfører metoder for rask påvisning av slike tilsetninger. Det lages beredskapsplaner for godkjenning av vaksine og kontroll av andre legemidler ved influensapandemi. Norge er den eneste nordiske myndighet som har opprettholdt nasjonal kompetanse i vaksinekontroll.

Trinnpris (utsalgspris fra apotek reduseres i trinn) ble innført for byttbare legemidler fra 1. januar 2005. Legemiddelverket vil fortsette dagens praksis med prisfastsettelse og årlig revurdering av maksimalprisene for de 240 virkestoffene med størst omsetning. Det betyr at de legemidler som utgjør over 90 prosent av omsetningen, får revurdert sine priser hvert år.

Forvaltningen av tillatelser og konsesjoner i legemiddelforsyningskjeden og forvaltningen av narkotika- og prekursorforskriften fungerer godt. Det kommer stadig flere henvendelser fra allmennheten om import av legemidler til eget bruk. Behovet for veiledning innen import- og grossistområdet er også økende.

I Europa avsløres forfalskede og stjålne produkter på markedet stadig hyppigere. Internetthandel øker muligheten for at forbrukerne får legemidler som er forurenset eller av dårlig kvalitet. EØS-landene vurderer tiltak for å hindre ulovlig internetthandel og samarbeider om å stanse distribusjon av forfalskninger og stjålne varer.

Bivirkningskartlegging

Leger og tannleger har meldeplikt for alvorlige og uventede bivirkninger, og kan i tillegg melde lite alvorlige og kjente bivirkninger. Bivirkningsmeldinger sendes til de regionale legemiddelsentrene, som vurderer årsakssammenhengen og gir tilbakemelding til legen. Fra og med januar 2005 kan farmasøyter i apotek også rapportere om bivirkninger. Målet med dette er å øke antall bivirkningsmeldinger, spesielt for medikamentgrupper som myndighetene i dag får lite informasjon om.

Alle norske bivirkningsmeldinger samles i Legemiddelverkets nasjonale bivirkningsdatabase. Den norske databasen benyttes i utveksling av bivirkningsinformasjon mellom de europeiske landene. Legemiddelverket fører en overvåkingsliste med medikamenter som Legemiddelverket har spesielt fokus på. En rapport, basert på alle bivirkningsmeldingene som er kommet til Legemiddelverket, blir publisert hvert år. Risikohåndtering er et nytt satsingsområde for det europeiske legemiddelsamarbeidet. Strategien er å utvikle et overvåkingssystem som sikrer at signaler om alvorlige bivirkninger fanges opp på et tidlig stadium slik at de nødvendige tiltak kan settes inn.

Satsingsområder og mål 2006

Legemiddelverket vil være en sentral aktør i arbeidet med oppfølgingen av Legemiddelmeldingen, jf St.meld. nr. 18 (2004–2005) og Innst. S. nr. 197 (2004–2005).

Legemiddelverket må intensivere sin informasjon om nye legemidler, bivirkninger og refusjon. Informasjonen må gis på et tidligere tidspunkt i legemidlenes lanseringsfase og i en mer effektiv form enn det som ofte er tilfellet i dag. Større grad av kontakt og samarbeid mellom Rikstrygdeverket, Sosial- og helsedirektoratet og Legemiddelverket skal sikre koordinert informasjon fra myndighetene. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal bidra med kunnskapsoppsummeringer på legemiddelområdet.

Hovedmålgruppen for Legemiddelverkets informasjon om legemidler er helsepersonell. For framtiden vil også pasientene være en viktig målgruppe. Legemiddelverket vil samarbeide med berørte parter om å finne en hensiktsmessig kommunikasjonsform. Informasjon til allmennheten skal være tilgjengelig, aktuell og enkel å forstå og bruke.

Legemiddelhåndboken har tidligere vært finansiert av Norges apotekerforening, Den norske lægeforening og Statens legemiddelverk. Legemiddelhåndboken skal være et ledd i den produsent-

uavhengige legemiddelinformasjonen og foreslås fullfinansiert av det offentlige fra og med 2006.

Legemiddelverket vil bidra til å videreutvikle systemet for refusjon av legemidler på blåresept. Regelverket må gjøres tydeligere for å sikre bedre etterlevelse. Sykdomslisten skal gjøres mer diagnosespesifikk slik at den blir enklere å bruke for rekvirenter. Legemiddelverket skal videre vurdere overføring til forhåndsgodkjent refusjon for legemidler som i dag dekkes etter individuell refusjon eller bidragsordningen. Legemiddelmeldingen legger vekt på at refusjonsvilkårene for det enkelte legemiddel må oppdateres etter hvert som ny kunnskap kommer til.

Legemiddelverket har som mål å overholde saksbehandlingstidene for alle typer søknader om markedsføringsføringstillatelse. Legemiddelverket fikk i revidert nasjonalbudsjett for 2005 en tilleggsbevilgning for å styrke saksbehandlingskapasiteten på dette feltet. Denne tilleggsbevilgningen er foreslått videreført i 2006. Legemiddelverket ser det også som viktig å fortsatt delta med kvalitet og kontinuitet inn i fellesskapet ved bl.a. å påta seg utredningsoppdrag i EU-prosedyrene. Utredningsoppdrag vil primært søkes innen områdene antibakterielle midler, hjerte-/karmidler, områder av kreftbehandlingen, sentralnervesystemet og vaksiner.

Harmoniseringen av godkjenning av plantelegemidler innen EØS-området vil medføre at tidligere handelsbarrierer oppheves. Antall søknader forventes å øke.

Forskningsprosjektet «Kvinner og bivirkninger» ser på bivirkninger av psykofarmaka innen alderspsykiatrien og skal videreføres i 2006.

For kliniske utprøvinger prioriteres oppfølging og kontroll av at resultatene av studiene rapporteres, spesielt med hensyn på bivirkninger.

Norge er forpliktet til å inspisere produsenter på vegne av EØS når legemidler introduseres i EØS-markedet via Norge eller når Norge er rapportør / korapportør. Slike forpliktelser øker, særlig for produsenter utenfor EØS. Legemiddelverket skal optimalisere utnyttelsen av eksisterende ressurser til inspeksjon og prioritere å oppfylle sine EØS-forpliktelser. Tilsyn med importører og prekursorvirksomheter skal også prioriteres.

Legemiddelverket skal utrede nødvendighet av, og nivå på, aktiviteter som kan bidra til å hindre useriøse aktører i å utnytte legemiddelmarkedet.

Legemiddelverket skal utvikle et vel fungerende samarbeid med Helsetilsynet og Sosial- og helsedirektoratet innenfor blodområdet.

Merknader til budsjettforslaget for 2006

Til oppfølging av legemiddelmeldingen foreslås en tilleggsbevilgning på 7,25 mill. kroner som en videreføring av tillegg gitt i St.prp. nr. 65 (2004–2005). Det foreslås også en videreføring av tilleggsbevilgningen (3,6 mill. kroner) for å styrke saksbehandlingskapasiteten ift arbeidet med søknader om markedsføringstillatelse, jf. St.prp. nr. 65 (2004–2005). Videre foreslås en styrking av Legemiddelverkets budsjett med 3,5 mill. kroner for å styrke arbeidet innen jus, risikohåndtering og pris- og avansefastsetting.

Kap. 3750 Statens legemiddelverk (jf. kap. 750)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
02	Gebyrinntekter	14 880	5 563	5 741
16	Refusjon fødselspenger	1 804		
17	Refusjon lærlinger	69		
18	Refusjon sykepenger	1 451		
	Sum kap 3750	18 204	5 563	5 741

Post 02 Gebyrinntekter

Det ble i 2004 innført konsesjonsgebyr og årlig avgift knyttet til omsetning av reseptfrie legemidler utenom apotek. Disse gebyrinntektene skal også dekke Mattilsynets kostnader til tilsyn med ordningen. Det ble i august 2005 sendt på høring et for-

slag om å differensiere gebyr-/avgiftsordningen slik at det i større grad tas hensyn til salgsvolum.

Posten gjelder for øvrig gebyrinntekter i forbindelse med godkjenning av produkter til rengjøring og desinfeksjon av fiskeoppdrettsanlegg samt diverse inntekter (seminarer, laboratorietjenester, trykksaker m.m.).

Kap. 5578 Avgift på farmasøytiske spesialpreparater (jf. kap. 750)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
70	Registreringsavgift	77 176	67 620	74 784
71	Kontrollavgift	54 467	49 665	54 754
72	Refusjonsavgift	1 210	2 068	2 134
	Sum kap 5578	132 853	119 353	131 672

Avgiften på farmasøytiske spesialpreparater er en kombinasjon av en søknadsavgift, jf. post 70, og en kontrollavgift, jf. post 71, som legges på legemiddelprodusentenes omsetning.

Det ble i 2004 innført en egen avgift knyttet til behandlingen av søknader fra legemidlets rettighetsinnehaver om refusjon for legemidlet fra folketrygden, jf. post 72 Refusjonsavgift.

Kap. 0751 Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 3751 og 5577)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
21	Spesielle driftsutgifter	10 477	65 742	18 536
70	Tilskudd	63 529	66 093	63 208
	Sum kap 0751	74 006	131 835	81 744

Som følge av innføringen av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen, jf. omtale i Gul bok 2006, er bevilgningsforslaget redusert med:
Post 21: 2 530 000 kroner

Overført fra 2004 til 2005:
Post 21:. 652 000 kroner

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Midler til e-Resept foreslås i budsjettet for 2006 bevilget over kap. 720 post 22 Sosial- og helsedirektoratet.

Legemiddelberedskap

Sosial- og helsedirektoratet har en avtale med NMD grossisthandel AS om et beredskapslager av legemidler. Avtalen skal bidra til å sikre forsyningsberedskapen og omfatter lagring, rullering og utskifting av et definert antall legemidler. De årlige kostnadene ved avtalen finansieres over denne posten. Bevilgningen foreslås redusert med 7 mill. kroner i forhold til saldert budsjett. Det vises for øvrig til omtalen under kap. 702 om styrking av legemiddelberedskapen m.v.

Diverse tiltak på legemiddelområdet

Departementet har disponert midler på posten til å følge opp stortingsmelding nr. 18 (2004–2005) om legemiddelpolitikken i 2005. Departementet vil videreføre denne prioriteringen i 2006. Departementet foreslår at midler benyttes til prosjekter til oppfølging av legemiddelbruk på pasientnivå, blant annet en informasjonskampanje for økt bruk av multidose og en kartlegging av legemiddelbruk.

Departementet foreslår også å fortsatt finansiere et kollegabasert veiledningsprosjekt i samarbeid med Legeforeningen og Universitetet i Oslo. I tillegg foreslår departementet å benytte midler på posten til statlig fullfinansiering av Legemiddelhåndboken samt til å utarbeide retningslinjer for bruk av legemidler innenfor gruppen TNF-hemmere, jf. kap. 2751 post 70 om finansiering av TNF-hemmere.

Post 70 Tilskudd

Apotekdekningen

Per 31. desember 2004 var det 535 apotek i Norge. Departementet har avtaler med Norsk Medisinaldepot AS, Apokjeden AS og Alliance Apotekene AS om sikring av driften av apotek i kommuner som per 1. mars 2005 hadde ett apotek. Avtalene med apotekkjedene gjelder til 1. juli 2007.

Tilskudd til apotek

Statens tilskudd er øremerket apotek i distriktene med liten omsetning og apotek som har særlige samfunnsoppgaver (vaktapotek). Videre gis støtte til Institutt for energiteknikk (IFE) i forbindelse med omsetning av radioaktive legemidler.

Etterutdanning

Departementet vil over denne posten støtte etterutdanningstilbudet som gis ved Avdeling for videre- og etterutdanning (VETT) under Farmasøytisk institutt ved Universitetet i Oslo. Tilbudet er av betydning for å opprettholde og videreutvikle kompetansen på farmasøytiske arbeidsplasser i Norge.

Posten dekker også stipendier til etterutdanning for farmasøytiske kandidater og reseptarer, og tilskudd til litteratur og trykningsutgifter. Det gis også støtte til å arrangere etterutdanningsskurs.

Tilskudd til fraktrefusjon av legemidler

Fraktrefusjonsordningen gjelder for pasienter som har uforholdsmessig lang vei til nærmeste apotek eller er for syke til å reise til apotek. Under denne ordningen dekkes inntil 50 prosent av forsendelseskostnaden. Det er forutsatt at forsendelsene skal skje på en kostnadseffektiv måte. Ordningen skal ikke benyttes av apotekene som ordinær service eller salgsfremmende tiltak overfor pasienter/kunder.

Institutt for farmakoterapi ved Universitetet i Oslo

Ansvaret for finansieringen av instituttet er fra 2006 overført til Utdannings- og forskningsdepartementet.

Tilskudd til regionale legemiddelsentra

Alle landets helseregioner har et regionalt legemiddelinformasjonssenter, RELIS. Disse er organisert under de regionale helseforetakene, men finansiert gjennom Legemiddelverket. Sentrene skal bidra til en riktigere legemiddelbruk ved formidling av produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Sentrene skal ha et aktivt samarbeid med helsepersonell, formidle informasjon samt øke bevisstheten om legemidler hos helsepersonell.

De regionale legemiddelinformasjonssentrene har en viktig rolle i bivirkningsovervåkingen ved at de mottar bivirkningsmeldinger, vurderer årsakssammenhengen og gir tilbakemeldinger til legene. Sammen med bivirkningsrapportering fra EU-landene, gir dette grunnlag for oppdatert informasjon om legemidler slik at bruken kan tilpasses den enkelte pasient.

I legemiddelmeldingen ble det lagt vekt på at den produsentuavhengige legemiddelinformasjonen skulle styrkes. De regionale legemiddelinformasjonssentrene skal sees i sammenheng med organiseringen av offentlig legemiddelinformasjon.

Tilskudd til veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonssenter

Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonssenter, VETLIS, er organisert under Helse-Sør, men finansiert gjennom Legemiddelverket. VETLIS har en landsdekkende funksjon og formidler produsentnøytral informasjon om bruk av legemidler til dyr. Riktig legemiddelbruk er spesielt viktig når det gjelder matvaresikkerhet og for å hindre antibiotikaresistens. VETLIS bidrar også med å utarbeide og evaluere statistikk over forbruket av antibakterielle midler i veterinærmedisinen.

Kap. 3751 Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 751 og 5577)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
03	Tilbakebetaling av lån	493	146	151
	Sum kap 3751	493	146	151

Under den tidligere apotekloven ga staten støtte i form av rentefritt lån ved etablering av nye apotek, overtakelse av apotek eller ved ombygging/oppgradering/flytting av apotekanlegg o.l. Tilskudd ble gitt for en periode på inntil fem år og gjaldt for alle apotek. Ordningen med rentefritt lån opphørte i 2002.

Kap. 5577 Legemiddelomsetningsavgift (jf. kap. 751)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
70	Avgift	141 719	145 652	150 313
	Sum kap 5577	141 719	145 652	150 313

I 2005 ble det budsjettert med 145,652 millioner kroner i avgift gjennom en avgift på 1,3 prosent som ble lagt på all legemiddelomsetning ut fra grossist. Departementet anslår at avgiftsinngangen blir noe høyere i 2006 enn i 2005. Avgiften vil blant annet dekke utgiftene til tilskudd til fraktrefusjon av legemidler, drift av RELIS-enhetene, stipendier og tilskudd til apotek mv., jf. omtale under kapittel 751 post 70.

Programkategori 10.60 Omsorgstjenester

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006	Pst. endr. 05/06
0760	Utredningsvirksomhet m.m.	2 287	7 454	6 880	-7,7
0761	Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet	2 928 192	2 603 072	3 003 346	15,4
	Sum kategori 10.60	2 930 479	2 610 526	3 010 226	15,3

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006	Pst. endr. 05/06
01–23	Statens egne driftsutgifter	29 001	80 811	59 609	-26,2
60–69	Overføringer til kommuneforvaltningen	2 682 986	2 326 291	2 668 919	14,7
70–89	Andre overføringer	218 492	203 424	281 698	38,5
	Sum kategori 10.60	2 930 479	2 610 526	3 010 226	15,3

Programkategori 10.60 omfatter bl.a.:

- Kommunalt tjenestetilbud til eldre, personer med nedsatt funksjonsevne og til rusmiddelmisbrukere
- Forsknings- og dokumentasjonsvirksomhet
- Internasjonalt samarbeid
- Forsøks-, opplysnings- og utredningsvirksomhet
- Rekrutterings- og kompetansetiltak
- Tilskudd til kommunale tjenester
- Tilskudd til frivillig arbeid
- Drift av kompetansesentra

Tilstanden i pleie- og omsorgstjenesten

Kommunene har ansvaret for tjenestetilbudet til alle mennesker med behov for pleie- og omsorgstjenester, uten hensyn til alder eller diagnose. I 2004 utgjorde disse tjenestene en tredjedel av de kommunale budsjettene. Det ble utført omlag 107 000 årsverk og mer enn 200 000 personer mottok tjenester. Pleie- og omsorgstjenestene er av avgjørende betydning for mange mennesker med sykdom og funksjonsnedsettelser. Handlingsplan for eldreomsorgen og opptrappingsplanen for psykisk helse har muliggjort en nødvendig utbygging og modernisering av pleie- og omsorgstjenestene. Det gjelder både tjenester i sykehjem, omsorgsboliger og vanlige hjem. Pleie- og omsorgstjenestene må organiseres slik at brukerne så langt som mulig kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Tjenestetilbudet skal utformes i samråd med brukeren, slik lovgivningen forutsetter.

Kommunene har ansvaret for utbygging, utforming og organisering av et forsvarlig og godt tjenestetilbud til den enkelte som har behov for pleie- og omsorgstjenester. Staten har ansvar for å sikre like rammevilkår gjennom utforming av regelverk, økonomiske rammer, ved å sikre tilgang på nok personell og føre tilsyn og kontroll.

Staten skal legge til rette for kommunal utvikling og lokal tilpasning. Regjeringen vil gi kommunene økt handlingsrom til å utforme gode pleie- og omsorgstjenester ut fra lokale forhold og behov. Regelverket skal ikke være til hinder for at det utvikles gode løsninger lokalt, med utgangspunkt i lokale forhold og de behov innbyggerne måtte ha.

Personellet er pleie- og omsorgstjenestenes viktigste ressurs. Departementets satsing på personelltiltak omfatter rekruttering, kvalifisering, ledelse og bruk av IT. Spesielt blir det lagt vekt på et langsiktig arbeid med å styrke ledelsesfunksjon og fagkompetanse i denne sektoren.

Botilbud

Tallet på omsorgsboliger har økt med nærmere 20 000 fra Handlingsplanen for eldreomsorg ble vedtatt i 1997 og fram til 2004. Veksten de siste årene har flatet noe ut, noe som er rimelig ut fra de byggeprosjekter som er godkjent fra Husbanken. Sett i forhold til veksten i tallet på eldre, har dekningsgraden for omsorgsboliger økt fra 3 til 11 per 100 innbyggere 80 år og over.

Det har også vært en forsiktig vekst med om lag 4000 sykehjemsplasser i perioden 1997 til 2004, mens antall aldershjemsplasser er betydelig redusert. Men siden veksten i antall innbyggere over 80 år har vært sterkere enn veksten i antall sykehjemsplasser, er sykehjemsdekningen noe redusert i perioden 1997–2004. Den reduserte sykehjemsdekningen må sees i sammenheng med at det ved utgangen av 2004 var mer enn 6500 sykehjemsplasser med tilskudd fra Husbanken som foreløpig ikke er ferdig bygd. Disse prosjektene vil bidra til å styrke dekningsgraden. Videre har det betydning for den samlede utviklingen at mange kommuner også yter heldøgns omsorgstjenester i omsorgsboliger. Utviklingen i eldreomsorgen må derfor vurderes ut fra det samlede tilbudet i både sykehjem og omsorgsboliger.

Figur 5.5 Botilbud i institusjon og omsorgsboliger 1997–2004

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Botilbud til pleie- og omsorgsformål. Utvikling dekningsgrader 1997–2004

Bolig/institusjon	1997	2002	2003	2004[1]
Plasser i sykehjem per 100 innbyggere 80 år og over	18,6	18,3	18,1	17,9
Plasser i aldershjem per 100 innbyggere 80 år og over	4,5	2,3	1,8	1,4
Andel av rommene i alders- og sykehjem som er enerom	83,1	89,2	91,4	93,0
Boliger til pleie- og omsorgsformål per 100 innbyggere 80 år og over	21,7	24,3	23,9	[2]
– Av disse: Antall omsorgsboliger per 100 innbyggere 80 år og over	2,9	9,2	11,0	11,2
Samlet antall plasser i sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger per 100 innbygger 80 år og over	26,0	30,9	30,9	30,5

[1] 2004-tallene er foreløpige per juni 2005.
[2] Ingen registreringer.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Samtidig er standard og kvalitet ved landets sykehjem kraftig rustet opp gjennom Handlingsplan for eldreomsorgen. Prognosen for handlingsplanens sluttresultat er 18,5 pst. dekning i sykehjemsplasser. Dekningsgraden for aldershjemsplasser er redusert fra om lag fem prosent til om lag halvannen prosent i perioden 1997–2004. For sykehjem viser SSB sine tall en liten nedgang i dekningsgraden for 2003 og 2004. Dette må imidlertid sees i sammenheng med at det fortsatt bygges nye sykehjem. Samlet dekning er i 2007 anslått å bli 32,5 plasser per 100 innbyggere over 80 år.

Tjenestemottakere

Om lag 204 000 brukere mottar tjenester fra de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Om lag 41 000 personer mottar tjenester i institusjon, og 163 000 personer mottar tjenestetilbud i eget hjem eller kommunale boliger (herunder omsorgsbolig).

Figur 5.6 Mottakere av pleie- og omsorgstjenester etter alder 1995–2004

2004-tallene er foreløpige per juli 2005.
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Antall mottakere av hjemmetjenester under 67 år har økt sterkt fra midten av nittitallet, for perioden 1997–2004 med hele 50 pst. Denne utviklingen gjenspeiler at kommunene gjennom flere reformer har tatt et større ansvar for mennesker med utviklingshemning og mennesker med psykiske lidelser. I tillegg yter kommunene et omfattende tjenestetilbud til pasienter som skrives ut fra sykehus. Utviklingen viser også at antall mottakere av hjemmetjenester over 80 år har økt sterkt fra midten av nittitallet, men at veksten har avtatt de siste to årene. Denne utviklingen gjenspeiler at det er blitt flere eldre over 80 år i hele denne perioden. Dersom vi ser veksten i antall mottakere over 80 år i forhold til veksten i antall innbyggere over 80 år viser tabellen at dekningsgraden er omlag uendret fra 1995 til 2004, men at den er svakt redusert siden 2001. Tilsvarende viser utviklingen for aldersgruppen 67–79 år at antallet tjenestemottakere er vesentlig redusert i perioden 1995 til 2004. Dersom man tar hensyn til at antall innbyggere i denne aldersgruppen hat vært avtakende i perioden ser vi i tabellen at dekningsgraden er om lag uendret.

Andel mottakere av hjemmetjenester i ulike aldersgrupper 1995–2004

Hjemmetjenester	1995	1997	2001	2002	2003	2004[1]
Mottakere av hjemmetjenester etter alder per 100 innb i samme aldersgruppe						
0–66	0,7	0,8	1,02	1,05	1,1	1,2
67–79	10,3	10,8	10,8	10,7	10,2	9,8
80 år og eldre	36,5	37,4	38,4	37,9	36,8	36,4

[1] 2004-tallene er foreløpige per juli 2005.
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Sykehjemmene synes i stor grad å bli brukt til permanent pleie og omsorg for eldre med omfattende tjenestebehov. En kartlegging utført av Statens helsetilsyn viser at gjennomsnittlig oppholdstid i sykehjemmet er i underkant av tre år. 92 pst. av pasientene hadde et permanent opphold, mens 8 pst. hadde et midlertidig opphold. De viktigste helsemessige årsakene til hjelpebehov i sykehjem er aldersdemens (42 pst.), hjerneslag (15 pst.), psykiske lidelser (9 pst.) og hjerte- og lungelidelser (8 pst.).

Andre tjenester

Mottakere av avlastning har økt fra 8366 i 2002 til 8650 i 2004. Økningen har vært størst i aldersgruppen under 18 år og over 80 år. Antall mottakere av støttekontakt har økt fra 20 396 i 2002 til 21 984 i 2004. Antall mottakere av omsorgslønn økte fra 6749 i 2002 til 7167 i 2004.

Årsverk

Årsverksinnsatsen i både institusjoner og hjemmetjenester har økt betydelig siden midten av nittitallet. Dette gjenspeiler på samme måte som utviklingen i antall tjenestemottakere at kommunes oppgaver har økt både som resultat av flere innbyggere over 80 år og nye grupper av tjenestemottakere.

Det må tas forbehold om at SSBs statistikk for personellutviklingen er noe usikker. Dette skyldes omleggingen til registerbasert statistikk som på sikt vil gi bedre grunnlag for å følge personellutviklingen i kommunene. Tabellen viser at samlet personellinnsats er økt med om lag 17 000 årsverk fra 1997 til 2004. Personellveksten var klart sterkest under Handlingsplanen for eldreomsorg i perioden 1998–2001, mens utviklingen de siste to årene har flatet ut. Personelldekningen sett i forhold til det totale antall tjenestemottakere ble styrket i perioden 1998–2001 og er deretter uendret. Personelldekningen målt i forhold til antall innbyggere over 80 år er tilsvarende styrket i perioden 1998–2001, mens den for 2002–2004 er redusert noe.

Sykefraværet i pleie- og omsorgstjenesten er i perioden 2003–2004 redusert med over 22 pst. Reduksjon i sykefraværet vil i noen grad gi økt personellinnsats i tjenesten og dermed motveie utviklingen med redusert personelldekning. Sykefraværet i pleie- og omsorgsyrkene er fortsatt høyere enn i andre yrker og avgangen til attføring/uføre er fortsatt høy i hjelpepleier/omsorgsarbeideryrket.

Personellutviklingen i pleie- og omsorgssektoren 1997–2004[1]

Personell	1997	2002	2003	2004[2]
Antall årsverk	89 700	105 797	105 883	106 837
Årsverk per bruker	0,47	0,52	0,52	0,52
Årsverk per 100 innbyggere 80 år og eldre	48,6	51,6	50,6	50,1

1 Tabellen omfatter både personell knyttet til mottakere av hjemmetjenester og beboere innlagt i institusjon.
2 2004-tallene er foreløpige tall per juli 2005.
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Det vises til omtale av Regjeringens rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell under kap. 761 post 60.

Handlingsplan for eldreomsorgen

Handlingsplan for eldreomsorgen har i perioden 1998–2004 hatt som hovedmål å sette kommunenes helse- og sosialtjeneste bedre i stand til å møte veksten i behovet for pleie- og omsorgstjenester som en følge av at det er blitt flere eldre. Dette har krevd en kraftig utbygging av kapasiteten både når det gjelder personell og bygninger og en opprustning og kvalitetsforbedring av pleie- og omsorgstjenestens bygningsmasse.

Handlingsplan for eldreomsorgen har gitt resultater godt over måltallene. I handlingsplanperioden er pleie- og omsorgstjenesten tilført mer enn 12 000 nye årsverk. Driftstilskuddet økte fra 500 mill. kroner i 1997 til 3,7 milliarder kroner i 2001. Samlet investeringsramme for handlingsplanen er om lag 32 milliarder kroner i statlige tilskudd. Mesteparten av driftstilskuddet ble fra 2002 lagt inn i inntektssystemet for kommunene. Fram til første halvår 2005 har kommunene ferdigstilt om lag 30 600 sykehjemsplasser og omsorgsboliger, mens om lag 8000 boenheter fortsatt er under planlegging eller bygging.

Hovedtall før, nå og etter Handlingsplan for eldreomsorgen

	Utgangspunkt 1997	Resultat 2001	Status 2004	Prognose 2007
Befolkningen 80 år +	184 400	201 500	213 100	214 000
Personell – årsverk	89 700	103 690	106 837	-
Personelldekning per 100 innb. 80+	48,6	51,5	50,1	-
Sykehjemsplasser	34 300	36 950	37 600	39 500
Omsorgsboliger	5 350	-	23 800	28 000
Aldershjemsplasser	9 100	5 250	2 900	2 300
Samlet dekning per 100 innb. 80+	26,4	-	30,5	32,5
Eneromsdekning	83,1	87,8	93,0	95,0

Kilde: Statistisk sentralbyrå og HPE-rapporter

Departementet har sammen med landets fylkesmenn utarbeidet en prognose for sluttresultatet i 2007. Prognosen omfatter hele handlingsplanens investeringsramme. Utbyggingen som følger av handlingsplanen skal som hovedregel være sluttført i 2005. Kommuner som av bygningstekniske eller kommunaløkonomiske grunner har behov for det, kan søke om å få utsatt ferdigstillelsestidspunktet til 2007. Derfor er tidsperspektivet for prognosen forskjøvet.

Prognosen gir en samlet dekning av sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger på 32,5 pst. av antall eldre over 80 år i 2007. Av dette er dekningsgraden for sykehjemsplasser 18,5 pst., for aldershjemsplasser 1 pst. og for omsorgsboliger 13 pst.

Nesten halvparten av sykehjemmene i Norge vil ved avslutningen av handlingsplanen enten være nybygg eller fullt opprustet og modernisert. Eneromsdekningen som allerede nå er på 93 pst., vil i følge prognosene øke til 95 pst. i 2007.

Kommunale rustiltak

Kommunene har ansvar for å forebygge sosiale problemer og bedre levekårene for vanskeligstilte. Sosialtjenesten skal arbeide for at den enkelte settes i stand til å forsørge seg selv. Det er ofte nødvendig med et sett av virkemidler og hjelpetiltak for at vedkommende skal kunne mestre å komme ut av en vaskelig livssituasjon.

Det er i løpet av de siste årene gjennomført en rekke kompetansehevende tiltak rettet mot ansatte i sosialtjenesten blant annet knyttet til innsats overfor rusmiddelmisbrukere, bostedsløse og personer med økonomi- og gjeldsproblemer. Imidlertid viser flere undersøkelser, Helsetilsynets tilsynsrapport om kommunale sosialtjenester til rusmiddelmisbrukere 2004, SINTEF-Helse: Rusklienter og tjenester før «rusreformen», en tverrsnittsundersøkelse, 2004, Riksrevisjonens rapport: Dokument nr. 3:12 (2004–2005) Riksrevisjonens undersøkelse av styring og opplæring av tiltak for rusmiddelmisbrukere og Evaluering av legemiddelassistert behandling, AIM-rapport 2004, at kommunene har store utfordringer knyttet til å tilrettelegge et helhetlig rehabiliteringstilbud til rusmiddelsmisbrukere.

Tverrsnittsundersøkelsen av rusklienter og tjenester før rusreformen foretatt av SINTEF-helse gir et innblikk i tilstanden og den aktiviteten som er rettet mot rusmiddelsmisbrukere i den kommunale sosialtjenesten. Høsten 2003 ble det i sosialtjenesten i et representativt utvalg kommuner registrert ressurser ved sosialtjenesten og tiltak og tjenester ved hver konsultasjon der klienten hadde et misbruksproblem. Denne registreringen ble foretatt i uke 46 i 2003.

Tverrsnittsundersøkelsen viser bl.a. at

- Sosialtjenestens rusmiddelsomsorg er bemannet med personale som i hovedsak har høyere utdanning og tilleggsutdanning / kurs innen rusfagfeltet. Antall års erfaring varierer.
- Et fåtall har eget rusteam, men nesten halvparten har en eller flere ruskonsulenter. Et fåtall av tjenestene har ingen egne tjenester eller tiltak spesielt rettet mot rusmiddelsmisbrukere.
- Det er en betydelig andel (38 pst.) rusmiddelsmisbrukere i klientmassen, og flest i byene. Dette omfatter alle kategorier misbrukere, men særlig narkotikamisbrukere og blandingsmisbrukere.
- I nesten halvparten av konsultasjonene er det registrert psykiske helseproblemer. De fleste av dem som har slike problemer er narkotika og / eller blandingsmisbrukere.

- Det er sammenheng mellom antallet rusmidler som misbrukes, grad av rusmiddelmisbruk og antall registrerte behov og tiltak. Flest ressurser går til de med stort misbruk, spesielt narkomane og særlig de tunge misbrukerne.
- Noen behov registreres hyppigere enn andre, spesielt gjelder dette råd / veiledning, behandling /rehabilitering, økonomisk sosialhjelp og ansvarsgrupper. Bortsett fra behovet for ansvarsgruppe er det ofte samsvar mellom behov og tiltak. Områder der det ofte registreres et behov uten at det følges opp av et tiltak, er aktivisering og sosiale tiltak som skole / voksenopplæring, aktivisering på dagtid, støttekontakt, samt individuell plan, psykisk helsevern og varig bolig.
- Sosialtjenesten samarbeider oftest med fastlege, trygdekontor og institusjonene.

Det er satt i gang et arbeid med å utvikle bedre statistikk om sosialtjenestens arbeid med rusmiddelsmisbrukere i KOSTRA.

Nærmere omtale av enkelte saker

Minstenorm for legedekning i sykehjem

Stortinget har i anmodningsvedtak nr 281 (2004–2005) vedtatt:

> «Stortinget ber Regjeringen utarbeide kriterier for en minstenorm for legedekningen ved norske sykehjem, og legge kriteriene frem for Stortinget som del av forslaget til økonomi i kommunesektoren for 2006.»

Vedtaket ble kort omtalt i Kommuneproposisjonen for 2006 hvor Regjeringen varslet at saken ville bli omtalt i St.prp. nr. 1 (2005–2006).

Nødvendig helsehjelp

Etter kommunehelsetjenestelovens § 1-1 skal kommunen sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Videre gir kommunehelsetjenestelovens § 2-1 innbyggerne rett til nødvendig helsehjelp. Disse rettslige standardene har et kvalitativt, et kvantitativt og et tidsmessig element. Dette betyr at den hjelp som skal ytes skal være faglig forsvarlig, den skal være tilstrekkelig og hjelpen skal ytes i tide. Avgjørelsen av hva som er nødvendig helsehjelp må tas på grunnlag av tre ulike avveininger:

- Hensynet til hva som er nødvendig å gjøre for den enkelte pasient
- Avveiningen mellom individets behov og fellesskapets behov og ressurser
- Hensynet til rettferdig fordeling mellom pasienter med sammenlignbare behov

Retten til nødvendig helsehjelp er altså begrenset til det økonomi, tilgang på helsepersonell og utstyr gjør mulig. Kommunen er imidlertid forpliktet til å yte helsetjenester av en viss minstestandard uten hensyn til ressurstilgang. Det er Statens helsetilsyn som fører tilsyn med at denne minstestandarden eller grensen for forsvarlighet ikke brytes.

I den videre saksfremstilling legges det til grunn at Stortingets intensjon ikke er å endre nivået for det lovfestede kravet til nødvendig og forsvarlig helsehjelp, men å bidra til at legetjenesten holder god kvalitet i alle sykehjem. Kommunene forutsettes kontinuerlig å vurdere legeressursene i sykehjem, på samme måte som andre personellressurser, ut fra de konkrete og individuelle behovene hos pasientene og vurdere hvor stor bemanningen må være i det enkelte tilfelle for at tjenesten skal drives forsvarlig. Forslagene som drøftes videre medfører derfor ingen endring i det lovfestede kravet til nødvendige og forsvarlige tjenester.

Status for legetjenesten i sykehjem

I følge Statistisk sentralbyrå ble det i 1998 utført 217 legeårsverk i sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, mens det i 2004 ble rapportert om rundt 259 årsverk. Innsatsen av legeårsverk må sees i forhold til både antall pasienter og deres behov.

Statens helsetilsyn foretok i 1999 en utredning av legetjenesten i sykehjem som anslo behov for 50 flere legeårsverk i sykehjem. SSB gjennomførte våren 2005 en ny landsomfattende kartlegging. Kartleggingen viste at sykehjemmene i 2005 i gjennomsnitt har 0,28 legetimer til rådighet pr. pasient pr. uke eller drøyt fire pasienter pr legetime i uken. Tilbudet varierer mellom tre og fem pasienter per legetime i gjennomsnitt avhengig av kommunestørrelse. Bruken av både fastlege og legevakt er liten eller minimal med unntak for de minste kommunene. Det ser ut til at antallet leger som har mer enn åtte pasienter per time er redusert siden 1999. Legedekningen ser ut til å være betydelig større i de private enn i de kommunale sykehjemmene. Det er også verdt å merke seg at over 62 pst av legene i sykehjemstjenesten har spesialitet i allmennmedisin. Dette er noe høyere enn tilsvarende andel blant fastleger.

Helsetilsynets kartlegging av pleie- og omsorgstjenesten i kommunene fra oktober 2003 viser at det på nasjonalt nivå er en systematisk sammenheng mellom hjelpebehov og tilbud. De

mest skrøpelige får mest hjelp, mens de sprekeste får minst. Den grunnleggende pleien og behandlingen er gjennomgående godt ivaretatt. SINTEF-rapporten «Driftsvariasjoner ved 9 sykehjem – en kvalitativ tilnærming» fra november 2004 understøtter disse funnene. Ansatte formidler gjennom rapporten entydig at brukernes medisinske oppfølging og pleie vurderes som tilfredsstillende, og mange informanter sier at pleietilbudet er meget tilfredsstillende. Det sies at brukernes grunnleggende behov blir trygt, forsvarlig og kontinuerlig ivaretatt. SINTEF -rapporten «Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem» fra november 2004 viser imidlertid stor variasjon mellom sykehjemmene i antall sykehjemsbeboere per time med tilsynslege. Rapporten viser også at det er sammenheng mellom antall beboere sykehjemslegene har ansvar for per legetime og ivaretakelsen av medisinske behov, i tillegg til faktorer som arbeidsmiljø, muligheter for kompetanseheving og samarbeid med pårørende.

Sosial- og helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet vurdert dagens legetjeneste i sykehjem. Basert på tilgjengelige undersøkelser finner direktoratet ikke grunnlag for å anta at legedekningen i sykehjem generelt er uforsvarlig, men vurderer at svært mange kommuner har for lav legedekning til å innfri de krav direktoratet stiller til god kvalitet.

Helsetilsynets kunnskap om status for legetjenester i sykehjem er basert på enkeltstående tilsynsrapporter fra helsetilsynene i fylkene de senere år og omtalen av dette i den årlige medisinalmelding som publiseres i hvert fylke, senest for 2004. I enkelte tilsyn er det påpekt uforsvarlige forhold. Helsetilsynet i fylket følger opp at dette blir rettet. Hovedinntrykket fra rapporteringen er at stillingsandelene ved mange sykehjem fortsatt er små og at det er manglende kontinuitet og kapasitet i tjenesten. Medisinalmeldingene tyder på at grensen for faglig forsvarlighet er på strekk med derav følgende økt risiko for svikt.

De fleste som bor i sykehjem har behov for omfattende medisinsk behandling og pleie. Gjennom tilsyn kommer det ofte fram at sykehjemslegene har for lite tid til annet arbeid enn direkte oppfølging av pasientene.

Legetjenester av god kvalitet

Behovet for legetjenester avhenger bl.a. av hvilke tilbud sykehjemmet dekker, pasientbelegget og tilbudet i hjemmetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. I tillegg er det ofte det helhetlige helsetjenestetilbudet, med både legetjenester, sykepleietjenester, fysio- og ergoterapitjenester osv. som er avgjørende for kvaliteten.

Sentrale spørsmål når det gjelder allmennlegehjelp til brukere av pleie- og omsorgstjenester er om kommunene har sørget for nødvendig kapasitet av allmennlegetjenester generelt, og om pleiepersonalet har nødvendig kompetanse til å observere og varsle allmennlegen ved behov. Videre om allmennlegene har nødvendig kompetanse til å møte de særskilte utfordringene innenfor geriatri, og om det er lagt til rette for kunnskapsutvikling og faglig utviklingsarbeid. Det er også et spørsmål om hva som er forsvarlig, hensiktsmessig og kostnadseffektiv organisering av allmennlegetjenesten.

Helsetilsynet peker i kartleggingen fra 1999 på at i tillegg til å styrke kapasiteten i legetjenesten er det andre suksessfaktorer som også bør være til stede for å nå målet om en styrking og faglig utvikling av legetjenesten. Det nevnes organisering av en struktur rundt legen (bl.a. faste dager, tverrfaglig samarbeid, tilstrekkelig utstyr, gode rutiner, samarbeid med pårørende, lønnsutvikling), problemstillinger knyttet til faglig utvikling, utdanningssystemet og spesialistordningene.

Sosial- og helsedirektorartet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utredet en juridisk bindende nasjonal teknisk minstenorm for legetjenester per pasient i sykehjem. En teknisk norm vil entydig definere en minimumsinnsats av legetjeneste per pasient.

Sykehjemspasienters behov for legetjenester vil variere sterkt. Derfor sikrer lovgivningen at det skjer en individuell vurdering av den enkelte pasients behov for nødvendige tjenester. Både pasientens medisinske behov og samspillet med andre deler av tjenesten, slik som sykepleie, fysioterapi, ergoterapi, medikamenter og teknologi, vil i mange tilfelle påvirke behovet for og nytten av legens tilstedeværelse. Dette medfører at det kan være tilfeller der en teknisk minstenorm ikke er tilstrekkelig for å sikre forsvarlige tjenester. Dersom normen blir oppfattet som en maksimumsnorm kan pasienten i ytterste konsekvens motta utilstrekkelige tjenester. I motsatt fall kan minstenormen medføre innsats av lege som ikke gir nytte og dermed vanskeliggjøre effektiv ressursutnyttelse i kommunen. Dersom en teknisk norm forutsettes å være åpen for skjønnsmessige vurderinger i forhold til nivået på legetjenester både oppover og nedover vil denne ikke være mulig å kontrollere og vil i praksis være en veiledende norm.

Dersom det skal fastsettes en juridisk bindende teknisk norm for kvantitet av legetjenester i sykehjem som ligger høyere enn grensen mot det uforsvarlige, vil det oppstå en situasjon der det samtidig foreligger to ulike ulovlighetsgrenser, én ved minstenormen og én ved uforsvarlighet. Dette vil

etter Sosial- og helsedirektoratets syn være en svært uheldig situasjon.

En presist definert teknisk norm vil kreve betydelig differensiering i antall legetimer for ulike pasientgrupper og type tilbud som ytes i sykehjem. Dersom kommunenes faktiske legedekning skal kunne kontrolleres opp mot minstenormen forutsettes det entydig avgrensning mellom de angitte pasientgruppene ut fra diagnose eller funksjonsnivå. I praksis vil det ofte oppstå uklarhet om hvor pasients behov skal vurderes og behovene vil endre seg over tid. En teknisk norm vurderes å være administrativt krevende og lite praktikabel, og vanskelig for tilsynsmyndighetene å etterprøve.

Stortinget har bedt regjeringen samarbeide med sentrale aktører om normering av legetjenester. Legeforeningen mener en teknisk minstenorm ikke vil frata kommunene ansvar for å gjøre lokale vurderinger, og eventuelt ha en høyre legedekning enn normen dersom behovene tilsier det. Legeforeningen mener at andre typer tiltak ikke vil ha nødvendig gjennomslagskraft. KS mener imidlertid at en teknisk norm betyr unødvendig detaljstyring av kommunene og støtter ikke forslaget. Videre peker KS på at dekningsgrad og innhold i sykehjem varierer betydelig mellom kommunene. En nasjonal minstenorm vil derfor, etter KS` mening, være et lite treffsikkert virkemiddel som risikerer å hemme framfor å fremme kvalitetsutvikling.

I tråd med Sosial- og helsedirektoratets utredning mener departementet at en teknisk normering av nivået på legetjenesten i sykehjem samlet sett ikke er et egnet virkemiddel for å sikre bedre legetjenester, men i stedet i enkelte tilfelle kan bremse kvalitetsutviklingen og hindre at Stortingets intensjon om bedre kvalitet på legetjenester i sykehjem oppnås.

Etablerte tiltak for kvalitetsforbedring

Med utgangspunkt i universitetsbyene er det etablert nettverk av undervisningssykehjem som gjennom forskning, fagutvikling og kompetanseutvikling bidrar til bedre kvalitet på tjenestene som ytes i sykehjem. Sosial- og helsedirektoratet henviser til at gjennom etableringen av undervisningssykehjemmene er det oppnådd en klar bedring med hensyn til rekruttering av kompetent personale, herunder sykehjemsleger. Det finnes aktive forskningsmiljø innenfor geriatri og sykehjemsmedisin ved bl.a. Bergen Røde Kors sykehjem og Geriatrisk avdeling ved Ullevål sykehus. Videre arbeides det for å inkludere kunnskap om de spesielle helse- og sykdomsforholdene blant eldre i all etter- og videreutdanning av allmennleger.

Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenesten skal sikre kvalitet på bl.a. helsetjenester ved en helhetlig tilnærming av brukerens behov. Forskriften stiller krav til kommunen om å utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som skal sikre at brukerne får ivaretatt sine grunnleggende behov. Internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten stiller krav om systematiske tiltak og styring av tjenestene for å sikre gjennomføringen av lovpålagte oppgaver og plikter. For statlige myndigheter er internkontroll et virkemiddel for å sikre at lovpålagte oppgaver blir prioritert og gjennomført, for virksomhetene er dette et minimum av det et styringssystem må inneholde.

Tiltak for å bedre legetjenesten i sykehjem

Lokal normering av legebemanning i sykehjem

Kommunene organiserer tjenestene i sykehjem forskjellig og behovet for legetjenester varierer mellom sykehjem i samme kommune og kommuner imellom. Store forskjeller i tjenestetilbudet og helsetilstanden til beboerne krever at legedekningen i sykehjem vurderes ut fra lokale behov og ikke ut fra en fastsatt nasjonal norm. De lokale variasjoner stiller samtidig store krav til kommunene ved beregningen av en forsvarlig legedekning. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår at det utformes nasjonale kriterier for fastsetting av lokale normer for legetjenesten i sykehjem. Dette skal bidra til at kommunen vektlegger nødvendige og relevante forhold ved fastsettelsen av legebemanningen, samtidig som lokale forhold tas i betraktning.

Departementet foreslår at kommunene skal:

- Beskrive utvikling og status for legetjenester i kommunen
- Vurdere utvikling og status ift lovkravet om faglig forsvarlighet i tillegg til egne krav til kvalitet (vurdere behovet for legetjenester)
- Analysere forbedringsbehovet og forbedringspunkter for legedekningen
- Vedta lokalt nivå for bemanning av leger i sykehjem (innhold, mengde)
- Etablere systemer for evaluering og revidering

De foreslåtte kravene presiserer og utfyller krav til virksomheten som allerede følger av kvalitetsforskriften og internkontrollforskriften. De foreslåtte kravene pålegger kommunen å foreta en finmasket og grundig analyse av legetjenestene i sykehjem. Det styrker grunnlaget for å fastsette en legedekning som gir god kvalitet.

Oppfølgingen av de pålagte kravene skal dokumenteres. Gjennom dokumentasjon kan kommunene styrke sine egne prosesser og samle nødven-

dig erfaring slik at tjenestene utvikles i tråd med kravene til tjenestene. God dokumentasjon av behov, utvikling og status skal også gi Helsetilsynet mulighet til å avdekke forhold og eventuelle mangler ved legetjenesten.

Forslaget om lokal normering utfyller dagens krav i internkontrollforskriften og kvalitetsforskriften og påfører derfor ikke kommunen et betydelig administrativt merarbeid. Må legetjenesten styrkes som følge av normen bør ikke det kompenseres gjennom økte midler all den tid kravet til innholdet i tjenestene ikke er endret.

Sosial- og helsedirektoratet mener forslaget om lokal normering best ivaretar de mål som er nedfelt i lovverket, for eksempel i internkontrollforskriften og kvalitetsforskriften for pleie og omsorg, særlig kravene til rettferdig fordeling og god ressursutnyttelse.

KS mener lokal normering av legetjenesten er et egnet virkemiddel, og legger særlig vekt på hensynet til effektiv ressursanvendelse. KS viser til at effektiviseringsnettverkene, programmet «Flink med folk» og andre tiltak under samarbeidsavtalen om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene mellom Regjeringen og KS underbygger kommunenes evne til å foreta lokal normering.

Samtidig med innføring av lokale normer for legetjenesten i sykehjem vil Sosial- og Helsedirektoratet gi nasjonale faglige retningslinjer til bruk for kommunene. For å legge til rette for sammenligning mellom kommunene og for å følge utviklingen i legetjenestene over tid vil man i KOSTRA innføre «Legeårsverk pr institusjonsplass» som kvalitetsindikator.

Særskilt tilsynsaktivitet rettet mot legetjenesten i 2007

Statens helsetilsyn vil i 2007 fokusere på legetjenesten til brukere av pleie- og omsorgstjenesten.

Fremtidig utvikling for nye legeårsverk

Ut fra dagens kunnskap anser Sosial- og helsedirektoratet det vanskelig å angi hvor mange nye årsverk som trengs for å legge til rette for god kvalitet på legetjenesten i sykehjem. Basert på ytterligere utredning foretatt av Sosial- og helsedirektoratet vil det bli anslått et behov for nye legeårsverk i sykehjem for de nærmeste årene. Det forutsettes at dette skjer som del av konsultasjonene med KS.

Tiltak for å styrke kvaliteten på legetjenesten

Statens helsetilsyn har pekt på behovet for å styrke infrastrukturen rundt tilsynslegen som et ledd i bedring av kvaliteten på legetjenesten ved sykehjemmene. Departementet mener at den enkelte kommune bør vurdere å knytte sine sykehjem til Nasjonalt helsenett og til NOKLUS (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus) for å styrke kvaliteten på det medisinske tilbudet som ytes i sykehjem. Når det gjelder laboratorieprøver, er det svært mange feilkilder knyttet til prøvetaking, analyse og tolkning av prøvesvar. Kunnskap knyttet til kvalitetssikring og kvalitetskontroll er i dag svært varierende hos personell som utfører laboratoriearbeid utenfor sykehus. De fleste legekontor deltar i NOKLUS. I 2004 deltok i underkant av 200 sykehjem. Det vises for øvrig til St.meld. nr. 45 (2002–2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene kapittel 7.4 (boks 7.3).

Tilgang til Nasjonalt helsenett gir mulighet for nettbasert overføring av hjertelyd, stillbilder av hud, røntgenbilder, og standardelementer som epikriser og henvisning (Nasjonalt helsenett omtales som tiltak i Samspill 2007).

Samarbeidsavtale mellom regjeringen og KS om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene

Regjeringen ønsker å styrke partnerskapsperspektivet i forholdet mellom stat og kommune og utvikle nye samhandlingsformer. Siktemålet med avtalen er at staten og kommunesektoren, representert ved KS, i fellesskap skal sørge for å bedre kvaliteten og etablere enklere ordninger i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

Regjeringen og KS arbeider sammen om å utvikle gode kvalitetsindikatorer og systemer for å måle kvaliteten i pleie- og omsorgstjenesten. Kvalitetsindikatorene er ment å være et redskap for kommunene for å forbedre tjenestetilbudet, samtidig som det er et viktig instrument for innbyggerne til å vurdere tjenestene i egen kommune. De første indikatorene for målt kvalitet ble presentert i www.bedrekommune.no på en egen side i juni 2005. Følgende indikatorer med tall fra registrering i KOSTRA omfatter alle kommuner:

- Andel plasser i enerom
- Andel enerom med tilpasset bad/WC
- Andel tjenestemottakere med tidsbegrenset opphold i institusjon
- Andel personell med helse- eller sosialfaglig utdanning
- Andel organisatoriske enheter med system for brukerundersøkelser

Det arbeides kontinuerlig med å utvikle nye indikatorer i samarbeid mellom Sosial- og Helsedirektoratet og KS. En ny side i www.bedrekommune.no –

Tjenestekvalitet.no – er utformet på en slik måte at den enkelte innbygger i kommunene kan gå inn å se på resultatene på kvalitetsindikatorer fra egen kommune sammenliknet med andre kommuner eller et landssnitt.

I løpet av første halvdel av 2006 vil det bli ferdigstilt verktøy for kartlegging av brukertilfredshet for grupper som har vanskelig med å besvare tradisjonelle brukerundersøkelser, slik som mennesker med demens, psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser.

Gjennom opplæringsprogrammet Flink med Folk er det nå inngått avtale med 246 kommuner. Det er fortsatt stor etterspørsel etter tiltak. Av tiltakene er 151 knyttet til pleie og omsorg, og 81 til sosialtjenesten. Flink med folk avsluttes i 2006, og formidlingskonferanser er under planlegging. Satsingen evalueres av Fafo, se omtale kap. 761 post 21 og 77.

Unge personer med nedsatt funksjonsevne i alders- og sykehjem

I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2002, jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2001–2002), ba Stortinget Regjeringen, i samarbeid med brukerorganisasjonene, å utarbeide en handlingsplan med tiltak som settes i verk for å sørge for at alle unge funksjonshemmede som ønsker det er flyttet ut av eldreinstitusjon innen utgangen av 2005.

Tall for 2004 fra Statistisk sentralbyrå viser at 249 beboere under 50 år er innskrevet for langtidsopphold i institusjoner for eldre og funksjonshemmede. Denne registreringen viser også brukere som bor i egne boliger eller bofellesskap som er registrert etter forskrift for sykehjem, og boform for heldøgns omsorg og pleie. Disse boligene har normalt sett ikke karakter av å være eldreinstitusjoner.

Valnesfjord Helsesportssenter gjennomførte en kartlegging i 2004, som viste at det er 132 personer med nedsatt funksjonsevne under 50 år bosatt i alders- og sykehjem. Det anslås at mellom 30 til 50 av disse har flyttet inn i et alders- eller sykehjem etter 2002.

Helse- og omsorgsdepartementet leder en kontaktgruppe med representanter fra Norges Handikapforbud, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, KS og Sosial- og helsedirektoratet. Kontaktgruppen skal følge utviklingen på området og komme med forslag til tiltak. Med bakgrunn i arbeidet er det utarbeidet et rullerende rapporteringssystem. Fylkesmennene følger opp aktuelle kommuner og oppfordrer disse til å utarbeide individuell plan for den enkelte bruker. De regionale helseforetakenes veiledningsplikt overfor kommunene i disse sakene er understreket i styringsdokument og rundskriv.

I forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr 60 (2004–2005) Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2006 (kommuneproposisjonen) fattet Stortinget følgende vedtak (anmodningsvedtak nr. 524):

> «1. Stortinget ber Regjeringen påse at det utarbeides individuell plan etter helse- og sosiallovgivningen for utflytting av unge funksjonshemmede fra eldreinstitusjon. Utflyttingen må tidfestes.
>
> 2. Stortinget ber Regjeringen vurdere eventuelle virkemidler for å stimulere til utflytting av unge funksjonshemmede fra eldreinstitusjon, herunder gjeninnføring av tilskudd»

Fylkesmennene har i løpet av våren 2005 gjennomført møter med alle kommuner som ifølge den siste kartleggingen fra Valnesfjord Helsesportssenter hadde unge personer under 50 år bosatt i alders- og sykehjem. Kommunene har rapportert om personen selv/ pårørende/ hjelpeverge eller verge ønsker et annet botilbud, om det er igangsatt en individuell planprosess og om det eksisterer plan for utflytting til egen bolig (eventuell flyttedato). Fylkesmannen har avgitt rapport for 126 personer. Gjennomgangen viser at 70 personer ikke ønsker et alternativt botilbud, 10 hadde flyttet ut eller er i en utflyttingsprosess. 9 personer har blitt over 50 år eller har dødd. For 3 personer foreligger det ikke opplysninger om de ønsker et annet botilbud. Gjennomgangen viser at 34 personer ønsker et annet botilbud. Av disse er det laget plan for utflytting for 22 personer, mens 12 personer ønsker et annet botilbud uten at det foreligger plan for utflytting. Sosial- og helsedirektoratet vil ta kontakt med de aktuelle fylkesmenn og påse at de kommuner det gjelder utarbeider individuell plan i samarbeid med den aktuelle bruker. Kommunene skal i løpet av høsten 2005 dokumentere overfor fylkesmannen at individuell plan er utarbeidet for disse personene. Den individuelle planen skal beskrive en plan for utflytting og utflyttingstidspunkt.

I perioden 1996 til 2000 ble det gitt et treårig utflyttingstilskudd til kommunene. Disse midlene ble lagt inn i skjønnsmidlene fra 2003. Regjeringen mener at en størst mulig del av kommunenes inntekter bør komme som frie inntekter. Videre vil et øremerket utflyttingstilskudd favorisere kommuner som ikke i utgangspunktet sikrer et individuelt tilrettelagt tilbud utenfor institusjon. Regjeringen vurderer toppfinansieringsordningen for ressurskrevende brukere som langt mer hensiktsmessig.

Ordningen innebærer at merkostnadene knyttet til å gi en ung funksjonshemmet et tilbud utenfor eldreinstitusjon reduseres betydelig.

Omsorg for fremtiden

Omsorgstjenestene står overfor store utfordringer. Regjeringen varslet derfor i Kommuneproposisjonen for 2006 at den i en egen stortingsmelding vil gi en oversikt over de fremtidige hovedutfordringene og utvikle langsiktige strategier for å møte dem. Selv om de største utfordringene i forhold til demografi og behovsvekst ligger 20 år frem i tid, ønsker regjeringen allerede nå å legge til rette for et langsiktig utviklingsarbeid for å møte disse utfordringene når det gjelder både kapasitet og kvalitativt innhold i tjenestene. Sentrale temaer i arbeidet er utdanning, rekruttering, kompetanseheving, forebygging og styrking av organisasjon og ledelse. I tillegg vil regjeringen legge til rette for en familie- og velferdspolitikk som sikrer høy yrkesaktivitet i kombinasjon med høy fruktbarhet og god familieomsorgsevne. Regjeringens mål er å skape trygghet for at den enkelte også i fremtiden skal sikres et pleie- og omsorgstilbud av god kvalitet.

Arbeids- og sosialdepartementet har i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet, Finansdepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet satt i gang en utredning om strategier og tiltak for å kunne kombinere høy yrkesdeltaking med omsorg for pleie og omsorgstrengende familiemedlemmer. Utredningen omfatter både eventuelle nye bestemmelser om adgang til å få permisjon fra sitt vanlige arbeid for kortere eller lengre tid og muligheter til å få lønn eller annen økonomisk kompensasjon for omsorgsarbeidet. Bl.a. vil en mulig sammenslåing av den kommunale omsorgslønnen med folketrygdens ordninger med hjelpestønad og pleiepenger bli vurdert. Utredningen vil også omfatte økonomiske konsekvenser for staten, kommunene, private og offentlige arbeidsgivere samt pleietrengende og deres pårørende. Også mulige konsekvenser for likestilling mellom kjønnene vil bli vurdert.

Omsorgstilbud til eldre døve

Gjennom «Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede», plan for utvikling og organisering av tjenestetilbudet til hørselshemmede, fortsettes arbeidet med å sette kommunene bedre i stand til å yte gode pleie- og omsorgstjenester til eldre døve. Toppfinansieringsordningen for ressurskrevende brukere sikrer at brukere som krever stor ressursinnsats får et best mulig tilbud uavhengig av kommunenes økonomiske situasjon.

Samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten

NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt En sammenhengende helsetjeneste (Wisløff-utvalget) ble overlevert i februar 2005.

Utvalget hadde som sitt hovedformål å vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og vurdere endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandlingen. Utvalget skulle legge til grunn hovedtrekkene i dagens funksjonsfordeling, der kommunene har ansvar for primærhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenestene og staten har ansvar for spesialisthelsetjenesten. Utvalget fikk i oppdrag å vurdere økonomiske, juridiske og organisatoriske virkemidler som kan stimulere til bedre samhandling mellom aktører og nivåer i helsetjenesten.

Det påpekes i analysen svikt i samhandlingen både på individnivå og systemnivå og at samhandlingen kan svikte for alle typer av pasienter i alle overganger. Utvalget anbefaler tiltak som styrker pasientperspektivet, støtter samhandlingen mellom tjenesteyterne og tiltak rettet mot helsesektorens rammebetingelser. Forslagene representerer samlet sett først og fremst en innholdsreform og ikke noen ny strukturreform. Likeverdighet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten ligger til grunn for utvalgets forslag.

Helse- og omsorgsdepartementet sendte utredningen på en bred høring våren 2005 med frist for høringssvar 1. juni 2005. Departementet gjennomgår nå høringsuttalelsene.

Departementet vil på egnet måte komme tilbake til Stortinget når det gjelder oppfølging av utvalgets innstilling.

Harmonisering av den kommunale sosial- og helselovgivingen

Det offentlige utvalget som hadde som mandat å utrede og foreslå harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen (Bernt-utvalget), avga sin innstilling 11. oktober 2004, jf. NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten, Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester. Innstillingen ble avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet.

Siktemålet med harmoniseringen skulle ifølge mandatet være å sikre ensartet regulering av likeartede tjenester og sikre helhetlige tilbud til brukere med sammensatte behov. I tillegg skulle siktemålet være å hindre ansvarsfraskrivelse mellom

tjenester og sektorer og forenkle regelverket for brukere, tjenesteytere og kommuner.

Utvalget har vurdert tre alternative modeller for harmonisering av lovverket. Anbefalingen fra utvalget går ut på å erstatte dagens sosialtjenestelov og kommunehelsetjenestelov med en felles kommunal sosial- og helsetjenestelov, som regulerer kommunenes ansvar, krav til tjenestene, tjenestemottakernes rettigheter, beslutningsprosess og klageadgang. Utvalget har utarbeidet et forslag til lovtekst basert på denne modellen.

Innstillingen fra utvalget har vært på høring, og departementet har mottatt ca. 180 høringsuttalelser. Høringsinstansenes syn på utvalgets forslag varierer både når det gjelder valg av harmoniseringsmodell og forskjellige forslag fra utvalget om endring i regler om saksbehandling, regulering av kommunenes oppgaver m.m. Flere høringsinstanser ønsker en videreføring av dagens system med to lover, framfor en ny felles lov som utvalget har foreslått.

Departementet er nå i gang med å vurdere utvalgets forslag på bakgrunn av uttalelsene fra høringsinstansene. Det er etablert et samarbeid med Arbeids- og sosialdepartementet. Oppfølgingsarbeidet må samordnes med oppfølgingen av innstillingene fra Wisløff-utvalget (NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste) og Aasland-utvalget (NOU 2004:17 Statlig tilsyn med kommunesektoren). Dessuten må oppfølgingen vurderes i sammenheng med utviklingen av en ny Arbeids- og velferdsforvaltning (NAV).

Kap. 0760 Utredningsvirksomhet m.m.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 70*	2 287	7 454	3 280
70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*			3 600
	Sum kap 0760	2 287	7 454	6 880

Som følge av innføringen av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen, jf. omtale i Gul bok 2006, er bevilgningsforslaget redusert med:
Post 21: 813 000 kroner

Overført fra 2004 til 2005:
Post 21: 113 000 kroner

Post 21 Spesielle driftsutgifter, kan nyttes under post 70

Bevilgningen har hittil dekket bl.a. utgifter til utredningsvirksomhet, informasjonsvirksomhet, utvalgsarbeider, ekspertgrupper, mv. knyttet til sosiale tjenester og pleie- og omsorgstjenester. For å få et klarere skille mellom de midlene som går som tilskudd og de som går til dekning av statlige driftsutgifter er midlene for 2006 foreslått delt mellom post 21 og ny post 70 Tilskudd. Av praktiske årsaker er det gitt en samlet beskrivelse av formålene under post 21.

Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2005 tilskudd til KS for å styrke kvalitetsutviklingsarbeidet i kommunene gjennom å videreutvikle egnet måleverktøy for medarbeidertilfredshet og kompetanseutvikling og styrke kompetansen om brukerundersøkelser. Verktøyene utvikles slik at brukerundersøkelser også kan tas i bruk overfor brukergrupper som mennesker med psykisk utviklingshemming, aldersdemens og psykiske lidelser i og utenfor institusjon. Kommunene vil få tilgang til de nye verktøyene for brukerunlrsøkelser fra våren 2006.

Det er fortsatt en utfordring at en del kommuner ikke har etablert egne kvalitetssystem. Den mest effektive veien til god kvalitetsutvikling og internkontroll går gjennom læring og samspill med andre kommuner. Gjennom deltakelse i Flink med folk og Effektiviseringsnettverkene, velger kommunene selv på hvilken måte de ønsker å arbeide for å forbedre tjenestene. Et slikt lokalt engasjement legger grunnlaget for utvikling eller videreutvikling av kvalitetssystemer som sikrer god internkontroll.

Tilsynsmeldingen 2004 fra Statens helsetilsyn viser at kommunene ofte mangler systematiske styringssystemer som sikrer god praksis og systematisk lærings- og forbedringsarbeid og at internkontroll i liten grad er innarbeidet i kommunene. Arbeidet med kunnskapsformidling i forhold til

betydningen av internkontroll som grunnlag for kvalitativt gode tjenester må derfor intensiveres.

Som ledd i oppfølgingen av Kvalitetsavtalen vil derfor Helse- og omsorgsdepartementet ta initiativ til et nærmere samarbeid mellom KS, Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet for å sikre at kommunene er lærende organisasjoner og legger vekt på utfordringene knyttet til internkontroll og kvalitetsutvikling.

For å styrke kompetansen i planlegging innenfor den kommunale helse- og sosialtjenesten videreføres samarbeidet mellom departementet og KS om nettverksbygging og etter- og videreutdanning i planlegging for en ny fireårsperiode. Samarbeidet foregår gjennom Sekretariatet for etter- og videreutdanning i samfunnsplanlegging (SEVS) og KS-programmet Samplan.

Post 70 Tilskudd, kan nyttes under post 21

Når det gjelder bruk av midlene på denne bevilgningen, vises det til nærmere omtale under post 21.

Kap. 0761 Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	26 714	73 357	56 329
60	Tilskudd til omsorgstjenester, *kan overføres*	62 623	64 841	115 424
61	Tilskudd til vertskommuner	984 062	481 456	485 881
63	Tilskudd til rusmiddeltiltak, *kan overføres*	80 856	145 053	102 910
64	Ressurskrevende brukere, *overslagsbevilgning*	1 506 646	1 584 400	1 871 416
66	Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse	48 799	50 541	72 108
67	Tilskudd til særskilte utviklingstiltak			21 180
70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., *kan overføres*	45 920	51 530	95 059
71	Tilskudd til frivillig arbeid	12 650	14 580	15 047
72	Tilskudd til Landsbystiftelsen	57 000	58 938	54 974
73	Tilskudd til døvblinde og døve	52 179	10 133	10 457
75	Kompetansesentra m.m.	44 543	61 832	3 745
76	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	6 200	6 411	6 616
77	Kompetansetiltak			81 400
79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*			10 800
	Sum kap 0761	2 928 192	2 603 072	3 003 346

Som følge av innføringen av ordningen med provenynøytral merverdiavgift for statsforvaltningen, jf. omtale i Gul bok 2006, er bevilgningsforslaget redusert med:
Post 21: 558 000 kroner

Overført fra 2004 til 2005:
Post 21:. 1 820 000 kroner
Post 60:. 1 135 000 kroner
Post 63:. 2 978 000 kroner
Post 70:. 80 000 kroner

Post 21 Spesielle driftsutgifter, kan nyttes under post 79

Bevilgningen har hittil blant annet dekket utgifter til fylkesmennenes virksomhet, utredningsvirksomhet, informasjonsvirksomhet, mv. For å få et klarere skille mellom de midlene som går som tilskudd og de som går til dekning av statlige driftsutgifter er midlene for 2006 foreslått delt mellom post 21 og ny post 79 Andre tilskudd. Av praktiske årsaker er det gitt en samlet beskrivelse av formålene under post 21.

Drifts- og informasjonsmidler til fylkesmennene

Det ytes midler til dekning av utgifter til fylkesmennenes arbeid med kapittel 4A i sosialtjenesteloven, Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning.

Bevilgningen går også til fylkesmennenes videre oppfølging av rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell, avslutning av handlingsplanen for eldreomsorg og tiltak for bedre kvalitet og enklere ordninger i pleie- og omsorgstjenestene. Fylkesmannen skal ha løpende oversikt og følge den videre gjennomføringen av utbyggingen av sykehjem og omsorgsboliger og styrking av driftsnivået i pleie- og omsorgstjenesten fram til og med 2007. Fylkesmannen skal følge opp kommunene med rådgivning og veiledning med fokus på eldreomsorg og utvikling av pleie- og omsorgstjenestene, og videreutvikle en kompetent veiledningsfunksjon på dette området. Fylkesmannen må være forberedt på betydelige utviklingsoppgaver i forhold til langsiktig planlegging og investeringer både i bygningsmasse, teknologi og personell med fokus på ledelse og kompetanseutvikling. Fylkesmannen skal bidra til at fremtidens omsorgstjenester blir satt på dagsorden i kommunene i 2006. Fylkesmannen skal også følge opp arbeidet med kvalitetsutviklingen i pleie- og omsorgstjenesten i tråd med tiltakene som er skissert i St.meld. nr. 45 (2002–2003) og kvalitetsavtalen som er inngått mellom staten og KS.

Utgifter til kurs og konferanser om faglige spørsmål som fylkesmennene holder på regionalt nivå innen pleie- og omsorgssektoren dekkes også over bevilgningen. I 2006 vil det bli satt spesielt fokus på fremtidens omsorgsutfordringer og tjenestetilbud.

FoU-prosjekter og informasjonsvirksomhet m.m.

Midler over denne bevilgningen benyttes til utvikling av pleie- og omsorgstjenestene til syke, eldre og funksjonshemmede herunder tjenestetilbudet til mennesker i livets sluttfase og til utvikling av sosiale tjenester til rusmiddelmisbrukere og andre vanskeligstilte grupper. I tiden framover vil oppfølgingen av St.meld. nr. 45 (2002–2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene bli prioritert.

Viktige områder er kvalitet i tjenestetilbudet, ledelse og organisering, saksbehandling, rekruttering og kvalifisering av personell, bedre system for dokumentasjon, statistikk og rapportering. Viktige virkemidler er utredninger, planlegging, sammenstilling og initiativ til relevant forskning, forsøk, utviklingsprosjekter, informasjon og opplæring.

Som oppfølging av Stortingets behandling av Riksrevisjonens rapport på Handlingsplanen for eldreomsorgen skal arbeidet med informasjon om rettigheter for brukere av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene styrkes.

Tilskudd til konkrete tiltak i kvalitetsutviklingsarbeidet og oppfølging av avtalen mellom Regjeringen og KS

Regjeringen foreslår å videreføre arbeidet med oppfølging av avtalen mellom Regjeringen og KS om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene. Arbeidet med utvikling av kvalitetsindikatorene i pleie- og omsorgstjenesten skal vektlegges.

Innen rammen for avtalen om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgssektoren vil samarbeidsprosjektet mellom KS og staten om lederutvikling i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene videreføres, se omtale under kap. 761 post 60 og ny post 77 Tilskudd til kompetanseutviklende tiltak.

Internkontrollforskriften trådte i kraft 1. januar 2003. Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten trådte i kraft 1. juli 2003. Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet og sendt ut veiledere til begge forskriftene. Kommunene blir stimulert til bruk av veilederne bl.a. gjennom fylkesmennenes arbeid med å gi råd og veiledning til kommunene om kvalitetsutviklingsarbeid. Det er imidlertid fortsatt en utfordring at mange kommuner ikke har etablert egne kvalitetssystem. Tilsynsmeldingen 2004 fra Statens helsetilsyn viser at kommunene ofte mangler systematiske styringssystemer som sikrer god praksis og systematisk lærings- og forbedringsarbeid og at internkontroll i liten grad er innarbeidet i kommunene. Arbeidet med kunnskapsformidling om internkontroll som grunnlag for kvalitativt gode tjenester må derfor intensiveres. Se for øvrig omtale av Kvalitetsavtalen i kap. 0760 post 21.

Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for saksbehandling i pleie- og omsorgstjenesten. Veilederen følges opp med kurs og veiledning overfor kommunene. Ny utgave av veilederen foreligger høsten 2005.

En kartlegging gjennomført i 2004 viser at nær halvparten av Norges befolkning bor i kommuner med bestillerkontor for tildeling av pleie- og omsorgstjenester. Sosial- og helsedirektoratet skal etablere en erfaringsbank for å styrke kommunenes bestiller-kompetanse i forhold til pleie- og omsorgstjenester.

Arbeid med IT i pleie- og omsorgssektoren

Det er nødvendig å utvikle og styrke bruken av elektroniske tjenester i kommunale pleie- og omsorgstjenester for å sikre helhetlige pasientforløp og bedre informasjonsutveksling mellom de kommunale helse- og sosialtjenestene og spesialisthelsetjenesten. Kommunale helse- og sosialtjenester skal kunne tilknyttes Nasjonalt helsenett. Gjennom strategiplanen S@mspill 2007 vil samarbeid mellom kommunal helse- og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten ha et spesielt fokus. Kommuneprogrammet i S@mspill 2007 bygger på avtalen mellom Regjeringen og KS om kvalitetsutvikling i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Midlene dekker tilskudd til fem kommunale fyrtårnsprosjekter som skal bidra til erfaringsinnsamling for å synliggjøre muligheter og dokumentere gevinster og kostnader ved bruk av elektroniske tjenester. Prosjektene skal bidra til økt kunnskap om gevinster, kostnader og barrierer ved innføring av elektronisk samhandling. Det er et mål at prosjektene skal virke stimulerende for andre ved å synliggjøre muligheter og dokumentere gevinster. Gjennom prosjektet SES@m Tromsø er det igangsatt utprøving av telemedisin i pleie- og omsorgstjenesten i Tromsø.

Forebyggende hjemmebesøk for eldre

Sosial- og helsedirektoratet gjennomførte i 2003–2004 en kartlegging av hvilke tiltak som er planlagt og satt i gang med forebyggende hjemmebesøk til eldre i norske kommuner. Det er bare 35 kommuner som har tilbud om forebyggende hjemmebesøk til eldre. Dataene fra undersøkelsen gjør det ikke mulig å følge de oppsøktes helse og livskvalitet over tid, eller undersøke hypoteser om effekt på utfallsmål som funksjonsevne, institusjonsinnleggelse og leveutsikt. Også når det gjelder kostnader og ressursbruk ga kartleggingen usikre funn. Erfaringer fra Danmark tyder på at bedring i funksjonsevne og helsetilstand som resultat av forebyggende hjemmebesøk er svært ressurskrevende når det gjelder opplæring, type personell og innhold i besøkene. Sosial- og helsedirektoratets vurdering er at det er et større forebyggingspotensiale for eldres helse og livskvalitet i å utvikle eldresentrene som forebyggingsarena, å vektlegge forebyggingsperspektivet i grunnutdanningene og spre kunnskap om forebyggende arbeid for eldre.

Eldre og ernæring

God ernæring er viktig for god helse og forebygging av sykdom. Mat og måltider er vesentlig for de eldres opplevelse av livskvalitet. For lite mat og drikke kan få alvorlige konsekvenser for den enkeltes helse og livskvalitet, og innebærer økt behov for pleie og omsorg. Det er derfor viktig at de eldre får mat av god kvalitet som er tilpasset den enkeltes behov. Underernæring blant eldre skyldes en rekke forhold. Aldringsprosessen medfører redusert matlyst og lavt matinntak. Forhold som ensomhet og isolasjon kan føre til redusert matinntak og underernæring. Det samme kan manglende evne til å kjøpe og lage mat. Sykdomsprosesser kan gi lavt matinntak og øket energibehov.

Flere undersøkelser gjort på 1980 og 90 tallet fra alders- og sykehjem i bl.a. Oslo, Asker, Bærum og Sogn og Fjordane viste at inntak av næringsstoffer stort sett var tilfredsstillende med unntak av vitamin D, C og jern. Andre undersøkelser viser at lavt inntak av energi og mangel på vitamin D er to av de viktigste ernæringsproblemene blant hjemmeboende eldre og at ca. 10 pst. av norske eldre befinner seg i risikosonen for energiunderernæring.

Kommunene organiserer matproduksjon og måltider forskjellig. Et hovedtrekk synes imidlertid å være at små kommuner opprettholder lokale småkjøkken mens store kommuner sentraliserer kjøkkenfunksjonen. Helse- og omsorgsdepartementet har på denne bakgrunn bedt Sosial- og helsedirektoratet gjennomføre en kartlegging av sammenhengene mellom storkjøkken-/småkjøkkendrift og økonomi, brukertilfredshet og matens ernæringsverdi.

Tjenestetilbudet for personer med demens

Sosial- og helsedirektoratet utførte i 2004 i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens og fylkesmennene en nasjonal kartlegging av tjenestetilbudet for personer med demens i kommunene. Funn fra kartleggingen ble publisert høsten 2005. Sosial- og helsedirektoratet vil i 2006 legge frem forslag til videre oppfølging overfor departementet.

Undersøkelser viser at personer med demenslignede symptomer ofte ikke er tilstrekkelig utredet og mangler diagnose. For å heve og sikre kvaliteten i utrednings- og diagnostiseringsarbeidet er det utarbeidet et kartleggingsverktøy som i 2005 er sendt til fastleger og til kommunene. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens skal evaluere tiltaket i 2006.

Sosial- og helsedirektoratet leder et 3-årig Nordisk prosjekt om demens. Prosjektet er finansiert av Nordisk Ministerråd og de nordiske landene. Prosjektet har 6 satsingsområder: Demens hos

personer med minoritetsetnisk bakgrunn, lovverk, pårørende-arbeid, diagnostisering, utvikling av demens hos unge og gode tjenestetilbud. Prosjektet avsluttes i 2006 med en presentasjon av resultater og forslag til felles nordiske tiltak på satsningsområdene.

Barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier

Det ble i 2004 igangsatt et 2-årig program for tilrettelegging av det kommunale tilbudet til familier som har barn med nedsatt funksjonsevne. Programmet er rettet mot kommunale ledere, saksbehandlere og andre som har kontakt med familiene. Programmet går over to år og har en samlet kostnadsramme på 15 mill. kroner, som finansieres likt mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet, jf. kap. 621, post 21. Programmet har hatt en noe forsinket oppstart og vil gå ut 2006. Det forutsettes at programmet ferdigstilles som planlagt. Programmet er en oppfølging av St.meld. nr. 40 (2002–2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer, og er et tiltak i regjeringens strategiplan for familier med barn som har nedsatt funksjonsevne.

Kompetansemiljø på området psykisk utviklingshemning

Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å etablere et kompetansemiljø med nasjonale fagutviklings– og formidlingsoppgaver i forhold til personer med utviklingshemning. Miljøet skal bidra til utvikling av det faglige grunnlaget for å skape gode levekår for personer med utviklingshemning, inkludert helse- og sosialtjenestene. Aktuelle fagmiljøer og ressurspersoner er involvert for å få en bred vurdering av kompetansebehov, og for å innhente ulike synspunkter vedrørende ansvarsområde og organiseringen av et nasjonalt kompetansemiljø, og har lagt frem en rapport med tilråding til modell for organiseringen. Kompetansemiljøet etableres fra 2006, og finansieres over denne bevilgningen.

Støttekontaktsarbeid mv. – videreutdanningstilbud til kommunale saksbehandlere

Videreutdanningstilbud for helse- og sosialarbeidere innen organisering, opplæring og veiledning av støttekontakter, veiledere og frivillige ble satt i gang i 2002/2003 ved Høgskolen i Bergen. Bruk av IKT-baserte løsninger blir utprøvd for å rekruttere studenter fra et størst mulig geografisk område, og for å etablere nettverk under og etter studietiden. Fylkesmennene har rapportert om behov og interesse for studiet i alle fylker. Fra 2006 vil det bli igangsatt et desentralisert studietilbud tre steder i landet. Hovedbasen vil fortsatt være Høyskolen i Bergen. Antall studieplasser vil fra 2006 være tredoblet i forhold til foregående år.

Kompetanse og rekruttering av helse- og sosialpersonell

Kompetanseutvikling i sosialtjenesten

Som et ledd i gjennomføringen av Tiltaksplan mot fattigdom, jf. St.meld. nr. 6 (2002–2003), er det satt i verk tiltak for å øke kompetansen i sosialtjenesten knyttet til bl.a. følgende områder:

- kartlegging av hjelpebehov
- oppfølgingstjenester i bolig for bostedsløse og rusmiddelmisbrukere.

Satsingen følges opp av Sosial- og helsedirektoratet og fylkesmennene.

Rekrutteringskampanje

Rekrutteringskampanjen SPOR:mag er et tiltak under Rekrutteringsplanen for helse- og sosialpersonell 2003–2006, jf. omtalen under kap. 761 post 60. For 2006 er det satt av inntil 2,6 mill. kroner til formålet.

Diverse tiltak

Til videreføring og videreutvikling av diverse tiltak på rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell er det avsatt inntil 6,4 mill. kroner i 2006. Dette gjelder tiltak for utvikling av fagstruktur, arbeidsmiljø og rekruttering.

Utvikling av system for dokumentasjon, statistikk og rapportering

Å få god dokumentasjon på tjenestebehov og tjenester er en utfordring i pleie- og omsorgstjenesten. Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk, IPLOS, beskriver funksjonsevne og tjenestebehov til søkere og mottakere av kommunale sosial- og helsetjenester og hvilke tjenester som ytes. Hovedmålsetning med IPLOS er å gi sikker informasjon om søkere og mottakere av pleie- og omsorgstjenester. IPLOS skal inngå i KOSTRA-statistikken (Kommune/stat-rapportering) og vil gi et bedre sammenlikningsgrunnlag for kommunale og statlige myndigheter.

Stortinget har med virkning fra sommeren 2005 endret helseregisterloven for å sikre hjemmelsgrunnlaget for det pseudonyme IPLOS-registeret. Lovendringen sikrer brukernes personvern,

bedrer harmoniseringen i reguleringen av de kommunale helse- og sosialtjenestene og sikrer at kommunenes behov for et enkelt og oversiktlig regelverk ivaretas. Forskriften som regulerer etableringen av IPLOS-registeret er sendt på høring.

252 kommuner har innført eller er i ferd med å innføre IPLOS i 2005. Disse kommunene skal kunne ta ut lokal statistikk ved årsskiftet 2005/2006. Flere av kommunene vil kunne delta med prøveinnsendinger allerede høsten 2005 og alle kommuner vil kunne foreta prøveinnsendinger til IPLOS-registeret vår/sommer 2006. Det tas sikte på at alle kommuner innen 2006 har implementert IPLOS i saksbehandlingen.

På bakgrunn av den uavklarte hjemmelssituasjonen er omlag 180 kommuner noe forsinket i innføringen. Høsten 2005 intensiveres opplæring og oppfølging av disse kommunene. Målet er at samtlige av disse kommunene skal ha startet og gjennomført lokal opplæring i løpet av høsten 2005, og være i stand til å ta i bruk IPLOS i saksbehandling og daglig dokumentasjon fra 1. januar 2006. Det er også realistisk at disse kommunene vil være i stand til å foreta prøveinnsendinger i 2006.

Tilskudd til organisasjoner, tiltak m.m.

Nordisk utbildningsprogram för sosial service

Det ytes tilskudd til delfinansieringen av Nordisk utbildningsprogram för sosial service (NOPUS), som inngår i virksomheten til Nordisk Ministerråd.

Diakonstilling i Spania

Fra 2003 ble det etter forslag fra Stortinget bevilget et tilskudd til opprettelse av en diakonstilling i Spania.

Sosial- og helsedirektoratet har inngått avtale med Menighetssøsterhjemmet om å organisere en prøveordning. Menighetssøsterhjemmet har inngått et samarbeid med Den norske Sjømannsmisjonen, som står for den daglige driften av prosjektet. Diakonen er stasjonert i Torrevieja i Spania og samarbeider med Den norske Sjømannsmisjonen i området. Det er lagt frem en handlingsplan for prosjektet som legger vekt på forebyggende tiltak og tiltak rettet mot nordmenn som er i nød og i vanskelige situasjoner.

Bevilgningen videreføres i 2006.

Post 60 Tilskudd til omsorgstjenester, kan overføres

Det foreslås at 48,573 mill. kroner flyttes fra kap. 724 post 60 til kap. 761 post 60 som ledd i å samle tilskuddsmidler til kompetanse- og rekrutteringstiltak.

Bevilgningen går til følgende formål:

- Regjeringens satsing sammen med KS på ledelse- og kvalitetsutvikling: Flink med folk
- Tilskudd til kommunene og fylkesmennene til oppfølging av rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell
- Tilskudd til fylkesmannsembetene til oppgaver i forbindelse med avslutningen av Handlingsplanen for eldreomsorgen. Midlene skal sees i sammenheng med midlene til fylkesmannsembetene over kap. 761 post 21.

Ledelse- og kvalitetsutvikling i den kommunale helse- og sosialsektoren

KS, Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet samarbeider om en 4-årig satsing om ledelse og kvalitetsutvikling innenfor den kommunale helse- og sosialtjenesten. Satsingen kalles «Flink med folk» og ble innledet i 2002.

Målet med satsingen er at det skal bli bedre ledelse og høyere kvalitet på tjenestetilbudet basert på disse elementene:

- Tilretteleggende ledelse
- Kommunikasjon med brukerne
- Myndiggjorte medarbeidere
- Helhetlig og tverrfaglig tenkning

Satsingen er organisert som et prosjekt med lokale prosjektveiledere og gir tilbud om ekstern kompetanse til kommunenes utviklingsarbeid gjennom ressurser fra konsulentmiljøer, høgskoler, veiledning fra lokale prosjektveiledere eller frikjøp av ressurspersoner i kommunen. Kompetansen tilbys kommunene enkeltvis eller til grupper av kommuner. Nærmere 250 kommuner har så langt vært involvert i ulike faser. Det er i gang tiltak i alle fylker, og mange kommuner arbeider sammen i nettverk. Interessen fra kommunene har vært stor. Arbeidet med evaluering av satsingen (prosess- og sluttevaluering) ble igangsatt våren 2004. Prosjektet avsluttes i 2006 med regionale oppsummeringskonferanser og en nasjonal ekspertkonferanse.

Tilskuddet skal nyttes til avslutning av tiltak, informasjonsmateriell, regionale oppsummeringskonferanser og en nasjonal ekspertkonferanse.

Rekrutteringsplanen for helse- og sosialpersonell

Tilskudd til rekrutteringsplanen gis i 2005 over kap. 761 post 21 Spesielle driftsutgifter, kap. 761 post 60 Tilskudd til omsorgstjenester, kap. 761 post 63 Tilskudd til rusmiddeltiltak og kap. 724 post 60 Tilskudd til rekrutteringsplanen. Fra 2006

foreslås midlene fra kap. 724 post 60 flyttet til kap. 761 post 60.

Formål og hovedprioriteringer

Regjeringen har iverksatt en plan for rekruttering av personell til helse- og sosialsektoren for perioden 2003–2006. Formålet er å bedre rekrutteringen til utdanning og til arbeid i helse- og sosialtjenesten generelt, med hovedfokus på den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Tilgang på og stabilitet av kvalifisert personell er en forutsetning for å kunne gjennomføre reformer og opptrappingsplaner innen disse tjenestene.

De største utfordringene innen den kommunale helse- og sosialtjenesten er etter Sosial- og helsedirektoratets vurdering knyttet til stabilitet og frafall blant hjelpepleier/omsorgsarbeidere-, samt en stor andel deltidsansatte i tjenesten. Tiltak som bidrar til stabilitet vil derfor bli prioritert, bl.a. å bedre arbeidsmiljøet og styrke ledelsesfunksjonen. Sentralt er statlige tilskudd til opplæring av ufaglærte, der de store byene gis en viss prioritet i de to siste årene av planperioden.

Om personellsituasjonen

I den kommunale pleie- og omsorgstjenesten ble det i 2004 utført om lag 107 000 årsverk. Andel med helse- og sosialfaglig utdanning i den brukerrettede pleie- og omsorgstjenesten var pr. 1. oktober 2004 på 65 pst., en økning på 1,3 prosentpoeng fra 2003. Det er store geografiske variasjoner både med hensyn til sammensetning og utviklingstrekk.

For sykepleiere har veksten i årsverk i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste vært på 5,4 pst. fra 2003 til 2004, mens for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere har den tilsvarende veksten vært på 1,6 pst. fra 2003 til 2004.

Fra 2001 til 2004 har det vært en økning i tilgangen på hjelpepleiere og omsorgsarbeidere som følge av Kompetansereformen. Tilgangen som følge av kompetansereformen vil ikke kunne vedvare. Målet med rekrutteringsplanen om en tilgang av hjelpepleiere/omsorgsarbeidere på 4500 hvert år vil ikke kunne nås uten økning i den ordinære søkningen til helse- og sosialfagene. Søkningen for 2003 til helse- og sosialfagene i videregående viser en økning på 10 pst. i forhold til året før. Tall for 2004–2005 tyder på at økningen fortsetter, og at søkingen til VKI hjelpepleier-/omsorgsarbeider også er økende.

Nye fremskrivningen av tilbud og etterspørsel av helse- og sosialpersonell i modellen HELSEMOD (SSB 2005) gir grunnlag for å vurdere dimensjonering av ulike typer utdanning. Når behovet for personell beregnes tas det hensyn til økt etterspørsel som følge av demografiske og økonomiske faktorer, men ikke hensyn til reformer, handlingsplaner og store satsninger. I de nærmeste årene forventes om lag 4000 flere helse- og sosialarbeidere med universitets- og høgskoleutdanning ut på arbeidsmarkedet, enn på 90-tallet. Beregningene i HELSEMOD viser at det med unntak for tannleger, vil bli tilstrekkelig tilgang på universitets- og høgskoleutdannet personell. Videre viser modellen at en kan komme til å få store underskudd på pleiepersonell, særlig dersom etterspørselen øker som følge av reformer eller satsninger i pleie- og omsorgsektoren. I noen grad vil et overskudd av vernepleiere kunne kompensere mangel på hjelpepleiere og omsorgsarbeidere i årene framover.

SSBs sysselsettingsstatistikk viser at ca. 2 pst. av alle hjelpepleierne og omsorgsarbeiderne årlig går ut i attføring eller uføretrygd. Dette er dobbelt så mange som for sykepleierne. Overgangen av hjelpepleiere til uførepensjon er urovekkende høy, og forsterker probll

Fra 2003 til 2004 var det en nedgang i sykefraværet på 25 pst. i den brukerrettede pleie- og omsorgstjenesten. Sykefraværet i pleie- og omsorgsyrkene er høyere enn i andre yrker.

SSB-tall viser at andel sysselsatte hjelpepleiere i pleie- og omsorgstjenester med liten stillingsbrøk (under 19 timer i uka) er på 31 pst. Tilsvarende tall for sykepleiere er på 22,6 pst.

Rekrutteringsplanen for helse- og sosialpersonell 2003–2006, har i 2005 en ramme på ca. 130 mill. kroner. Hovedstrategien er å satse på tilsatte i kommunene innenfor pleie- og omsorgstjenesten. Ca. 65 pst. av midlene går som tilskudd til opplæring. Midlene blir i hovedsak delt ut av fylkesmannen etter søknad fra kommunene.

Planen har 13 ulike tiltak:

1 Styrke tilgangen på hjelpepleiere og omsorgsarbeidere

Hovedmålet er å øke den årlige veksten i personell med fagutdanning på videregående skoles nivå fra 2,4 pst. til om lag 5 pst. Målet skal nåes ved å øke bruttotilgangen på hjelpepleiere og omsorgsarbeidere til ca. 4500 per år i planperioden, mot ca. 3000 per år i 2002.

Hovedstrategien er å satse på å kvalifisere ansatte i kommunene som er ufaglærte. Dette kan kompensere for manglende tilgang av fagutdannet personell fra utdanningssystemet.

Program for kvalifisering av ufaglærte 1998–2006:

I 2005 er samlet bevilgning ca. 50 mill., av dette er 15 mill. satt av til en egen storbysatsning.

2748 personer var med på et opplæringstiltak i 2004. Av disse fikk 1309 kompetansegivende opplæring, dvs. ført fram til avsluttende fagprøve/eksamen. Dette er 1,5 pst. av de ansatte i målgruppen. Det er store forskjeller mellom fylkene. Oslo har få tiltak, mens Aust-Agder og Oppland holder mange tiltak i forhold til tallet på ansatte.

2 Tilgang på personell med høyere utdanning

Hovedmålet for rekrutteringsplanen er å videreføre en årlig vekst i personell med universitets- og høgskoleutdanning på 4–5 pst. per år. Det høye opptaksnivået til helse- og sosialfagene ved høyskolene skal i hovedsak videreføres gjennom planperioden. Det forventes at dette vil gi sektoren tilstrekkelig fagpersonell med høyere utdanning.

I pleie- og omsorgstjenesten har det vært en økning i årsverk for sykepleiere og vernepleiere fra 2003 til 2004 med hhv. 5,4 pst. og 9,4 pst. Andelen av sykepleiere som har videreutdanning har økt fra 17,3 pst. til 19,5 pst. fra 2003 til 2004. Snart hver femte sykepleier i brukerrettet tjeneste har videreutdanning.

3 Desentralisert sykepleierutdanning

Målet er å sikre stabil sykepleierdekning i utsatte kommuner. Fylkesmennene rapporterer at de desentraliserte tilbudene bidrar til å stabilisere sykepleiersituasjonen i kommunehelsetjenesten. I 2004 var det 181 studenter som fullførte desentraliserte sykepleierstudier med støtte fra arbeidsgiver (kommunen) via fylkesmannen.

4 Rekruttering av personell med utdanning fra utlandet

Staten har i flere år støttet rekruttering av kvalifisert helsepersonell til helsetjenesten i Norge. Samarbeidsavtalen mellom helsemyndighetene og Aetat ble avsluttet i 2003, med unntak for rekruttering av tannleger fra Tyskland som opprettholdes.

I 2004 ble det inngått et samarbeid med fem høgskoler og Statens Autorisasjonskontor for helsepersonell, som utviklet et felles kurs i «Nasjonale fag for sykepleiere fra land utenfor EØS».

5 Videreutdanning for helse- og sosialpersonell med yrkesutdanning fra videregående opplæring

Regjeringen har vedtatt å innpasse videreutdanninger i helse- og sosialfag i den nye fagskoleordningen. Sosial- og helsedirektoratet har gitt foreløpig godkjenning av til sammen 7 planer for slike videreutdanninger. Forskriftene til loven om fagskoler er nå vedtatt. Flere fylkeskommuner og andre tilbydere har søkt Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT) om offentlig godkjenning av disse utdanningene.

I 2004 avsluttet 708 hjelpepleiere/omsorgsarbeidere en videreutdanning på 6 måneder eller mer med støtte fra arbeidsgiver. Dette er noe lavere enn tidligere år.

6 Helse- og sosialfag i videregående opplæring – rekruttering, fagstruktur og yrkestitler

I 2001 startet en rekrutteringskampanje rettet mot elever i 10. klasse i ungdomsskolen. Det lages årlig et magasin som sendes 10-klassingene i ungdomsskolen: (SPOR:mag). Det er opprettet et nettsted som hadde over 100 000 treff i februar 2004. KS i Oslo/Akershus og Hordaland fulgte i 2004 opp magasinet/nettstedet ved å sende ut særskilte patruljer, som besøkte ungdomsskolene.

Søkningen til helse- og sosialfag pr. 1. mars 2005 viser en positiv utvikling, og særlig til hjelpepleierutdanningen. Rekrutteringskampanjen er videreført i 2005.

Et sentralt tiltak er modernisering av fagstrukturen og yrkestitlene i helse- og sosialfagene i videregående opplæring slik at yrkesrollene skal bli tydeligere.

For å bedre informasjonen om helse- og sosialfagene, har direktoratet tatt initiativ til at fylkesmennene arrangerer skolerådgiver- og lærerkonferanser i alle fylker/regioner i løpet av 2005 og 2006.

7 Videreutdanning av høgskoleutdannet personell

Samlet deltakelse i videreutdanninger på høgskolenivået var 974 i 2004. Videreutdanning i psykisk helsearbeid hadde flest deltakere med 206 kandidater. UFD får et rammetilskudd for å sikre at høgskolene har et opptak på ca. 800 per år. Det er bevilget 9,7 mill. kroner i 2005, 3,1 mill. kroner av disse midlene skal gå til kompetanseheving innen rusområdet.

8 Program for utvikling av kliniske spesialiteter/ kliniske stiger

Det pågår etter- og videreutdanningsprogram/klinisk stige i kommunetjenesten i Hordaland, i et samarbeid mellom flere kommuner og Høgskolen i Bergen. Det er gjennomført en lederopplæring først for lederne i samarbeid med KS lokalt sitt program «Flink med folk». Småkommuner opplever dette tiltaket som et løft ved at høgskolen gjennomfører store deler av kompetansehevingsprogrammet på arbeidsplassen.

Universitetet i Oslo skal høsten 2005 starte et prosjekt for å belyse behovet for, og viktigheten av, kompetanseheving i de kommunale tjenestene. I samarbeid med KS gjennomføres det et program med kliniske stiger i Rogaland ved legevakter i flere kommuner rundt Sandnesområdet.

9 Program for utvikling av kompetansehevende tiltak gjennom samarbeid mellom kommuner og sykehus

Det skal utvikles et program for samarbeid mellom helseforetak og sosial- og helsetjenesten i kommunene om utvikling av kompetansehevende tiltak for helse- og sosialpersonell. Det er startet prosjekter i samarbeid med fylkesmannen og Sørlandet sykehus HF, Arendal, og Nordlandssykehuset HF, Bodø. Prosjektene har vært i en oppstart- og kartleggingsfase. Prosjektene skal samarbeide med prosjektet «Samarbeid og kompetanseoverføring mellom 10 sykehjem i Oslo kommune og Ullevål universitetssykehus» for å dra nytte av erfaringene herfra.

10 Kvalitet, forskning og fagutvikling i undervisningssykehjem

Undervisningssykehjemmene ble etablert som et permanent tiltak fra 1. januar 2004. Undervisningssykehjemmene bidrar til økt kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten ved å drive forskning, fagutvikling og kompetanseheving gjennom prosjekter forankret i sykehjemmet og samarbeid med sykehjem i andre kommuner. De har vært finansiert over Rekrutteringsplanen, men vil fra 2006 finansieres over kap. 761 ny post 67, se nærmere omtale der.

11 Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv og tiltak rettet mot arbeidsmiljøet

En viktig forutsetning for å kunne rekruttere og holde på kvalifisert personell er bl.a. et godt arbeidsmiljø. Et virkemiddel er intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv. Kommunal sektor har sluttet godt opp om denne. Det er innledet et samarbeid mellom staten og KS om konkrete tiltak, bl.a. rettet mot arbeidsmiljøet i hjemmebaserte tjenester. Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med arbeidslivsorganisasjonene gjennomført et prosjekt som skal bidra til å redusere omfanget av uønsket deltidsarbeid i sektoren.

12 Motvirke økende geografiske forskjeller

Ulikheter i arbeidsmarkedet og tradisjoner når det gjelder rekruttering av personell med høyere utdanning, slår ut i kompetansesammensetningen i fylkene. De særskilte tiltakene for å styrke tilgangen på fagfolk til Finnmark har vært effektive. Staten kan motvirke geografiske forskjeller i kompetansenivå og rekruttering gjennom tilskudd til opplæring av ansatte i kommunene. Kommunene må på sin side utvikle forpliktende planer for kvalifiseringen av sitt personell og forsterke arbeidet med å bedre rekrutteringen av ungdom til helse- og sosialfagene. Det er særlig de store byene som har en høy andel ufaglærte i pleie- og omsorgstjenesten. Sosial- og Helsedirektoratet har prioritert de store byene med midler til kvalifisering av ufaglærte ved ekstra rekrutteringstiltak. I 2005 er det etablert et storbyprogram med en ramme på 15 mill. kroner.

13 Kompetanseutvikling for personell i spesialisthelsetjenesten

Det er igangsatt et kompetansehevingsprogram for sykepleiere på avdelinger som arbeider med for tidlig fødte barn. I helseregionene er det gjennomført modulbaserte kompetanseprogram som er evaluert. I praksis har det ført til god søkning til stillinger av godt kvalifisert personell og bibehold av personell. Tiltaket videreføres i 2005/2006 som en pilot med en «Videreutdanning i nyfødtsykepleie» på ett år ved Lovisenberg Diakonale høgskole.

Det er igangsatt en utredning om videreutdanning i hygienesykepleie.

Satsningsområder og mål for 2006

Tiltakene som angår rekruttering, kvalifisering av ufaglærte og kompetanseheving for ulike yrkesgrupper videreføres i 2006. Innsatsen vil bli ytterligere forsterket innenfor undervisningssykehjem, arbeidsmiljøtiltak og kunnskapsoverføring mellom tjenestenivåene (helseforetak/spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten). 2006 er siste år i planperioden for dagens rekrutteringsplan.

Pleie- og omsorgssektoren er kjennetegnet av et forholdsvis lavt formelt utdanningsnivå. Samtidig får disse tjenestene for hvert år som går stadig flere kompliserte og faglig krevende oppgaver å løse. Å styrke den faglige kompetansen er derfor, etter regjeringens oppfatning, en av de viktigste strategiene for både å sikre kvaliteten på tjenestetilbudet og som et ledd i et langsiktig arbeid med å bedre produktiviteten og øke effektiviteten i omsorgstjenesten.

Betinget tilsagn om tilskudd

Departementet garanterer for eventuelt inntektsbortfall ved Det nasjonale aldershjem for sjømenn i Stavern med inntil 1 mill. kroner for inntil tre beboere som ikke har hjemstedskommune i Norge (jf. forslag til romertallsvedtak IV).

Post 61 Tilskudd til vertskommunene mv.

Det meste av statlige midler til tiltak for psykisk utviklingshemmede overføres gjennom inntektssystemet til kommunene, der antall psykisk utviklingshemmede i kommunene er et eget beregningskriterium. Formålet med vertskommunetilskuddet er å skjerme 33 vertskommuner for tidligere HVPU-institusjoner mot visse omfordelingsvirkninger i inntektssystemet.

I 2005 ble vel 537 mill. kroner fra tilskuddet til vertskommunene innlemmet i inntektssystemet til kommunene. Av dette var 450,1 mill. kroner knyttet til 1032 psykisk utviklingshemmede i vertskommunene som fra og med 2005 også utløser tilskudd gjennom kriteriet for psykisk utviklingshemmede i inntektssystemet. I 2004 utløste hver psykisk utviklingshemmet 422 000 kroner i utgiftsutjevnende tilskudd i inntektssystemet. Dette tilskuddet økte i 2005 til 464 000 kroner, og er for 2006 foreløpig beregnet til 489 000 kroner. Etter innlemmingen får vertskommunene tilskudd både gjennom inntektssystemet og som øremerket tilskudd fra kap.761 post 61. Regjeringen har i St.prp. nr. 60 (2004- 2005) Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2006 (kommuneproposisjonen) vist at ingen vertskommune har kommet dårligere ut i 2005 som følge av innlemmingen. Et flertall i Stortinget har i Innst. S. nr. 245 (2004-2005) sagt seg tilfreds med at omleggingen ikke har gitt utilsiktede virkninger.

Stortinget har ved behandlingen av St.prp. nr 60 (2004- 2005) Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2006 (kommuneproposisjonen) gjort følgende vedtak (anmodningsvedtak 519, 16. juni 2005):

> «Stortinget ber Regjeringen utarbeide en oversikt som viser de økonomiske virkningene av innlemmingen av vertskommunetilskuddet for de aktuelle kommunene. Denne oversikten må presenteres i statsbudsjettet for 2006».

Etter innlemmingen får vertskommunene tilskudd både gjennom inntektssystemet og som øremerket tilskudd fra kap. 761 post 61. Tabellen nedenfor viser samlet tilskudd til vertskommunene for 2004, 2005 og forslag for 2006.

Oversikt over tilskudd til vertskommunene for 2004, 2005 og 2006 i løpende kroner

(i 1000 kr)

Kommune	Øremerket tilskudd 2004[1]	Samlet tilskudd 2005[2]	Samlet tilskudd 2006[3]
Halden	11 443	12 289	12 847
Moss	55 008	58 466	59 953
Ås	14 818	15 800	16 483
Bærum	56 547	59 812	62 322
Hamar	20 783	22 179	23 148
Ringsaker	41 726	44 076	45 017
Stange	21 681	22 923	23 856
Østre Toten	32 108	34 101	35 078
Gran	15 649	16 696	16 449
Søndre Land	58 917	63 593	66 103
Nord- Aurdal	11 080	11 707	12 196

(i 1000 kr)

Kommune	Øremerket tilskudd 2004[1]	Samlet tilskudd 2005[2]	Samlet tilskudd 2006[3]
Ringerike	16 580	17 638	17 891
Holmestrand	7 876	8 424	7 819
Stokke	8 654	9 269	9 679
Nome	19 699	21 054	21 976
Egersund	48 131	51 614	52 978
Hå	41 872	44 204	45 079
Kvam	7 089	7 595	6 953
Askøy	32 296	34 815	35 943
Flora	15 569	16 621	17 340
Balestrand	18 150	19 315	20 141
Gloppen	6 854	7 289	7 595
Ørskog	17 597	18 674	18 990
Skodje	7 493	8 028	8 388
Vestnes	92 342	98 072	100 715
Meldal	16 728	17 838	18 627
Klæbu	23 616	24 953	25 533
Stjørdal	9 184	9 908	10 369
Leksvik	7 221	7 698	8 028
Brønnøy	10 860	11 456	11 907
Saltdal	48 290	51 277	53 460
Sortland	10 739	11 503	10 549
Kvæfjord	80 195	85 239	87 944
Sum	886 794	944 126	971 354

1 Øremerket tilskudd for 2004 er justert for innlemming av midler for brukere som falt fra for perioden 2000–2003 (jf. Beregningsteknisk dokumentasjon til St.prp. nr. 1 (2004–2005) Tabell B: Samlet overgangsordning. Kommunene 2005). Tilskudd for 2004 er også korrigert for frafall av brukere i 2004, som innlemmes i inntektssystemet i 2006. Innlemmingen av det øremerkede tilskuddet i 2006 tilsvarer 10,5 mill. kroner.

2 I det samlede tilskuddet til vertskommunene i 2005 ligger tildelt øremerket tilskudd (jf. IS/1- 2005 Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd 2005, vedlegg 2) og verdien av kriteriet for psykisk utviklingshemmede gjennom inntektssystemet ved fremleggelsen av St.prp. nr 1 (2004–2005). Tilskudd for 2005 er korrigert for brukere som falt fra i 2004 og som innlemmes i inntektssystemet i 2006.

3 I det samlede tilskuddet til vertskommunene for 2006 ligger foreløpig beregnet øremerket tilskudd for 2006, og foreløpig anslag for tilskudd vertskommunene får gjennom inntektssystemet i 2006. Totalt er 480,3 mill. kroner fordelt i øremerket tilskudd i ovenstående tabell. Øremerket tilskudd for 2006 er justert for verdien av innlemming av 28 brukere som falt fra i 2004.

Tabellen ovenfor avviker noe fra tabellen som ble presentert i St.prp. nr. 60 (2004–2005) Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2006 (kommuneproposisjonen). Det skyldes at verdien av kriteriet for psykisk utviklingshemmede i inntektssystemet har økt i perioden 2004–2006, og at tilskuddet for 2004 og 2005 er korrigert for frafall av brukere i 2004, som innlemmes i inntektssystemet fra 2006.

Tabellen viser at vertskommunene samlet sett i 2005 og 2006 ikke kommer dårligere ut som følge av innlemmingen. Nedgang i tilskudd til enkelte vertskommuner skyldes frafall av 126 brukere i perioden 2000-2003, samt frafall av 28 brukere i 2004. I tabellen korrigeres for frafall av brukere for at tallene de tre årene skal være sammenlignbare. Det øremerkede tilskuddet knyttet til frafalte brukere er innlemmet i overgangsordningen i inntektssystemet i henholdsvis 2005 og 2006. Tilskuddet vertskommunene mottar gjennom overgangsordningen i 2005 og 2006 fremkommer ikke i tabellen over.

Konsekvens for tilskudd til vertskommunene ved frafall av brukere

Når psykisk utviklingshemmede som omfattes av vertskommunetilskuddet faller fra, påvirker det de samlede inntektene vertskommunene mottar fra staten gjennom øremerket tilskudd på kap. 761 post 61 og gjennom inntektssystemet. Samtidig mottar kommunene et større beløp gjennom inntektssystemet pr. psykisk utviklingshemmet som følge av at deler av vertskommunetilskuddet er blitt innlemmet i inntektssystemet. Nedenfor redegjøres det nærmere for disse forholdene.

Reduksjon i det øremerkede tilskuddet kap. 761 post 61 som følge av frafall av brukere

Det er fra 2004 innført årlige tellinger av antall psykisk utviklingshemmede som omfattes av vertskommunetilskuddet. De midlene som trekkes ut av det øremerkede tilskuddet som følge av frafall overføres til inntektssystemet i tråd med tidligere praksis, og trappes for den enkelte kommune ned iht. overgangsordningen i inntektssystemet over en femårsperiode. Til sammen utgjør dette 10,5 mill. kroner i 2006, og gjelder frafall av 28 brukere i 2004. Denne overføringen ville skjedd uavhengig av om deler av tilskuddet til vertskommunene er blitt innlemmet i inntektssystemet. I 2005 ble 84,4 mill. kroner innlemmet i overgangsordningen i inntektssystemet som følge av frafall av brukere i perioden 2000-2003.

Reduksjon i inntektene gjennom inntektssystemet (kriterietilskuddet)

Den del av tilskuddet vertskommunene fra 2005 mottar gjennom inntektssystemet omfattes ikke av overgangsordningen ved frafall, men fordeles i stedet til alle psykisk utviklingshemmede gjennom inntektssystemet. Dette medfører en reduksjon i tilskuddet til vertskommunene for 2006 på om lag 9,5 mill. kroner sett i forhold til om innlemmingen ikke hadde funnet sted. Samtidig gir dette en raskere omfordeling gjennom inntektssystemet fra vertskommuner med frafall til alle kommuner med psykisk utviklingshemmede.

Verdien av kriteriet for psykisk utviklingshemmede i inntektssystemet

Verdien av kriteriet for psykisk utviklingshemmede er høyere per bruker i 2005 og 2006 enn det beløp som ble lagt til grunn ved innlemmingen i 2004 Økningen i kriterieverdien er høyere enn prisveksten. Dette medfører at vertskommunene gjennom inntektssystemet mottar mer i tilskudd i 2005 og 2006, enn om innlemmingen ikke hadde funnet sted. Den økte verdien av kriteriet inngår i beregningsgrunnlaget i tabellen ovenfor. Verdien av kriteriet er for 2005 464 000 kroner per bruker, og er for 2006 foreløpig beregnet til 489 000 kroner per bruker.

Departementets samlede vurdering

Etter departementets vurdering har vertskommunene samlet sett for 2005 og 2006 ikke kommet dårligere ut som følge av innlemmingen.

Eldre personer med psykisk utviklingshemming

Antall eldre personer med psykisk utviklingshemming er økende og stiller kommunene overfor nye utfordringer med hensyn til å skaffe fram et kvalitativt godt tjenestetilbud. Det treårige utviklingsprogrammet for å belyse aldring hos mennesker med psykisk utviklingshemming vil bli avsluttet ved utgangen av 2006. Departementet viser til den nye toppfinansieringsordningen for ressurskrevende brukere og legger til grunn at den fanger opp eventuelle merbehov kommunene har, enten det gjelder tidligere beboere ved sentralinstitusjonene eller andre grupper, inntil vedkommende har fylt 67 år. Ved innføring av toppfinansieringsordningen for ressurskrevende brukere la Stortinget til grunn at sterkt hjelpetrengende eldre over 67 år skal finansieres over ordinære midler til eldreomsorgen i kommunene.

Tilskudd til vertskommunene over kap. 761 post 61 for 2006 foreslås pris- og lønnsjustert til 485,8 mill. kroner.

Post 63 Tilskudd til rusmiddeltiltak, kan overføres

Til sammen 79,9 mill. kroner er foreslått overført til kap. 761 ny post 77. Videre er 10,93 mill. kroner foreslått overført til kap. 761 post 70.

Bevilgningen går til følgende formål:

- behandling og rehabilitering av rusmiddelmisbrukere og prostituerte
- forsøks-, kompetanse- og utviklingsarbeid
- sprøyterom
- lavterskel helsetiltak.

Flere undersøkelser, Helsetilsynets tilsynsrapport om kommunale sosialtjenester til rusmiddelmisbrukere 2004, SINTEF-Helse: Rusklienter og tjenester før «rusreformen», en tverrsnittsundersøkelse, 2004, Riksrevisjonens rapport: Dokument nr. 3:12 (2004–2005) Riksrevisjonens undersø-

kelse av styring og oppfølging av tiltak for rusmiddelmisbrukere og Evaluering av legemiddelassistert behandling, AIM-rapport 2004, viser til at kommunene har store utfordringer knyttet til å tilrettelegge et helhetlig rehabiliteringstilbud til rusmiddelsmisbrukere.

Sosial- og helsedirektoratet igangsatte i 2003 et arbeid med å utvikle en nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helse- og sosialtjenesten til rusmiddelmisbrukere. Rapporten fra arbeidsgruppen som har utarbeidet forslag til denne strategien, ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i februar 2005. Denne vil danne grunnlaget for statlige myndigheters arbeid med å bedre kvaliteten i tjenestene til rusmiddelmisbrukere.

Helse- og omsorgsdepartementet vil på bakgrunn av de nevnte rapportene og forslaget til strategi for kvalitetsutvikling i helse- og sosialtjenesten til rusmiddelmisbrukere arbeide for en styrket kommunal innsats overfor rusmiddelmisbrukere.

Styrking av kommunenes innsats for rusmiddelmisbrukere

Det er gitt tilskudd til kommuner for å styrke sosialtjenestens arbeid med tverrfaglig samarbeid med fokus på helhetlige tjenester til rusmiddelmisbrukere. Samarbeidet mellom sosialtjenesten, fastleger og helsetjenesten har god effekt, og flere kommuner har igangsatt både tids- og ressurskrevende tiltak lokalt. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ble evaluert i 2005 og rapportene viser at tiltaket har effekt. Det minsker faren for død og bedrer den enkelte pasients livskvalitet og evne til å ivareta egen helse og livssituasjon. Kapasiteten er økt noe i løpet av 2005, og antallet vente- og søkerlister har gått noe ned.

Det ble til sammen fordelt 38,6 mill. kroner i 2004 til kommuner og frivillige organisasjoner for å styrke sosialtjenestens arbeid med å gi rusmiddelmisbrukere oppfølgingstjenester med vekt på individuell plan etter institusjon og fengselsopphold. I tillegg mottok 18 kommuner 16,5 mill. kroner til lokal oppfølging av pasienter i LAR. Kommunene har utfordringer i form av økt behov for kompetanse og ressurser for å møte behovet for oppfølgings- og rehabiliteringstjenester i kommunen. Målgruppen har behov for tverrfaglige helse- og sosialtjenester for å kunne øke sine rehabiliteringsmuligheter. Det er fortsatt kapasitetsproblemer i både helse- og sosialsektoren med å legge til rette for lokale tilbud om rehabilitering og oppfølging av klienter på LAR. Utbyggingen av et landsdekkende tilbud med legemiddelassistert rehabilitering til opiatavhengige har foregått i høyt tempo, men det er regionale ulikheter i tilbudet.

Satsninger og mål for 2006

Regjeringen vil i 2006 videreføre fokuset på kommunenes arbeid med rusmiddelsmisbrukere og styrke utviklingen av tverrfaglige oppfølgingstjenester til rusmiddelmisbrukere.

Langsiktige mål med å avvikle ventelistene for inntak i LAR vil bety at behovet for oppfølging i kommunen vil øke ytterligere. Det er bred enighet om å fortsette med høye rehabiliteringsmål for LAR klientene. Dette arbeidet krever økt kompetanse og forpliktende samarbeid mellom sosial- og helsetjenesten. Jf. omtale i kap. 726 post 70. Kommunenes merkostnader skal kompenseres.

Departementet vil samle erfaringer fra kommuner som lykkes i arbeidet og spre disse til andre kommuner.

Den økte bevilgningen i 2005 for å styrke kommunenes innsats overfor rusmiddelmisbrukere videreføres i 2006. De øremerkede midlene til samarbeidsprosjekter mellom kommuner og frivillige organisasjoner, 10,93 mill. kroner, er overført til kap. 761 post 70 Det frivillige rusmiddelforebyggende arbeid mv.

Sprøyterom

Stortinget vedtok i 2004 en midlertidig lov for utprøving av sprøyterom. Oslo åpnet landets første og hittil eneste sprøyterom 1. februar 2004. Driften finansieres av Oslo kommune og statlige bevilgninger. Prøveordningen evalueres av SIRUS.

Pr. 2. mai 2005 hadde sprøyterommet 245 registrerte brukere. 50 av disse brukte rommet regelmessig. De første tre månedene er det i gjennomsnitt satt 26,5 injeksjoner daglig. Det har i perioden vært 15 overdoser som har ført til tilkalling av ambulanse hvor alle har blitt hjulpet. Tidvis er presset på sprøyterommet stort og brukere må avvises.

Regjeringen foreslår at det for 2006 avsettes midler til fortsatt delfinansiering av sprøyterom. Krav om åpningstid og nærmere utforming av sprøyterommene, innebærer at det er vanskelig å gi presise anslag over kostnader til formålet i 2006. Det er usikkert hvor mange kommuner som vil være aktuelle for oppstart av forsøk med sprøyterom fra 2006. Departementet foreslår at det avsettes 5 mill. kroner til delfinansiering av forsøk med sprøyterom i 2006.

Lavterskel helsetiltak

Lavterskel helsetiltak (39,19 mill. kroner) er flyttet fra kap. 726 post 61. Formålet med lavterskel helsetiltak er å bedre livssituasjonen til tungt belastede

rusmiddelmisbrukere. Gjennom lavterskel helsetiltak skal rusmiddelmisbrukere som ikke greier å gjøre seg nytte av vanlige helsetjenester, få et tilgjengelig og gatenært helsetilbud som kan bidra til å bedre deres helse, livssituasjon og redusere faren for overdoser.

Tilskudd til lavterskel helsetiltak er gitt til kommuner som har mange rusmiddelmisbrukere med omfattende helseproblemer og høy forekomst av overdoser. Lavterskeltiltakene er en helhetlig innsats overfor målgruppen tunge rusmiddelmisbrukere. Omfanget har blitt utvidet fra 8 mill. kroner og 11 kommuner i 2001, til om lag 40 mill. kroner og 34 kommuner i 2004. Det er satt av midler til etablering av et samarbeid mellom Frelsesarmeen og Oslo kommune om et Gatehospital, til en erfaringskonferanse og til kompetansehevende tiltak for legetjenesten i kommunene. Lavterskel helsetiltak, sammen med tilbudet om LAR, antas å være av betydning når det gjelder de senere års klare reduksjon i antallet narkotikarelaterte dødsfall. Et viktig suksesskriterium er en tverrfaglig tilnærming og samarbeid mellom helse og sosialtjenesten i kommunene. I mange kommuner er tiltakene utviklet i samarbeid med frivillige organisasjoner. Tiltakene er organisert på ulik måte. Det er flere steder etablert feltsykepleie med utstrakt teamarbeid, og det arbeides med oppsøkende virksomhet. Alle tiltakene er tilknyttet legetjenester. Tiltakene synes i stor grad å fungere som koordinerende ledd for helse- og sosialtjenesten og er på den måten en inngangsport til det ordinære hjelpeapparatet i kommunene.

Tannhelsetiltak for rusmiddelmisbrukere

Rusmiddelmisbrukere har jevnt over dårlig tannhelse og et stort behandlingsbehov. I behandlingen av revidert nasjonalbudsjett for 2005, ble det bevilget midler over kap. 726 post 61 Tilskudd til rusmiddeltiltak, til tannbehandling for rusmiddelmisbrukere gjennom lavterskel helsetiltak i kommunene. Midlene skal benyttes til nødvendig tannbehandling og kartlegging av behov for tannbehandling. Midlene foreslås videreført i 2006 og inngår i den samlede rammen til lavterskel helsetiltak.

Videre ble det også bevilget 8 mill. kroner til tannbehandling for rusmiddelmisbrukere i institusjon. Midlene foreslås videreført i 2006 med en helårsvirkning på 16 mill. kroner. Bevilgningen gis over rammetilskudd til fylkeskommunene på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett kap. 572 post 60.

Institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk er etter rusreformen regulert av lov om spesialisthelsetjenesten. Dette gir pasienter med opphold i slik institusjon lengre enn tre måneder rettigheter etter lov om tannhelsetjenesten. Fylkeskommunen skal gjennom den offentlige tannhelsetjenesten gi pasienter et oppsøkende tilbud om vederlagsfri nødvendig tannbehandling.

Post 64 Ressurskrevende brukere, overslagsbevilgning

Det er fra 2004 opprettet en øremerket tilskuddsordning for ressurskrevende brukere. Formålet med bevilgningen er å sikre at brukere som krever stor ressursinnsats fra det kommunale tjenesteapparat, får et best mulig tilbud uavhengig av kommunens økonomiske situasjon.

Med ressurskrevende bruker menes en person med store hjelpebehov og som mottar omfattende helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Dette kan blant annet gjelde personer med psykisk utviklingshemming, fysisk funksjonshemmede, rusmiddelmisbrukere og mennesker med psykiske lidelser. Ved innføring av ordningen la Stortinget til grunn at sterkt hjelpetrengende eldre over 67 år skal finansieres over ordinære midler til eldreomsorgen i kommunene.

For å bli regnet som ressurskrevende bruker må kommunens netto utgifter til lønn i 2005 overstige innslagspunktet på 725 000 kroner per bruker. Ut over innslagspunktet får kommunene kompensert for 80 pst. av utgiftene på landsbasis. Kommunene har med bakgrunn i regnskapstall for 2004 rapportert lønnsutgifter knyttet til den enkelte bruker. Kommunene har rapportert utgifter ut over innslagspunktet, på i overkant av 2,3 mrd. kroner. I dette tallet er øvrige øremerkede tilskudd kommunene mottar til enkeltbrukere og finansieringen gjennom rammetilskuddet trukket fra. Statens tilskudd beløper seg til 1,85 mrd. kroner. I 2005 mottar 339 kommuner tilskudd til totalt 3766 brukere. Det er 368 flere brukere enn i rapporteringen for 2004.

Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med Norges Kommunerevisorforbund utarbeidet et opplegg for kontroll av regnskapsdata fra kommunene. I 2005 ble alle kommuner kontrollert før regnskapstall ble sendt Sosial- og helsedirektoratet.

Fylkesmennene er i retningslinjene for fordeling av skjønnstilskudd bedt om å ta hensyn til kommuner som har spesielt høye utgifter knyttet til særlige ressurskrevende brukere, og hvor dette ikke fanges opp gjennom inntektssystemet og toppfinansieringsordningen ved fordeling av skjønnstilskudd.

Ved Stortingets behandling av kommuneproposisjonen for 2006 har Stortinget gjort følgende vedtak (anmodningsvedtak nr. 522):

> «Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om at finansieringsordningen for ressurskrevende brukere endres slik at den enkelte kommunes utgifter utover innslagspunktet legges til grunn for den statlige kompensasjonen.»

Departementet tolker vedaket til å gjelde måten den kommunale egenandelen fordeles mellom kommunene på, gitt en statlig refujsonsandel på 80 pst. på landsbasis. Ordningen er slik at staten i 2005 dekker 80 pst. av kommunenes netto utgifter utover innslagspunktet på landsbasis. Denne modellen er beskrevet som modell 2 i kommuneproposisjonen for 2004. I praksis medfører fordeling av midler til kommunene etter modell 2, at kommuner med høye utgifter i forhold til innbyggertall kommer bedre ut enn kommuner med lavere utgifter i forhold til innbyggertall. Dersom ordningen endres slik at kommunens utgifter dekkes uavhengig av innbyggertall vil det skje en betydelig omfordeling av midler mellom kommunene. Kommuner med store utgifter i forhold til innbyggertall vil ved en slik modell komme vesentlig dårligere ut.

Som eksempel kan nevnes to kommuner med omtrent samme antall innbyggere (50 000 innbyggere). Dersom ordningen endres slik at kommunenes utgifter utover innslagspunktet skal dekkes uavhengig av innbyggertall, vil den kommunen som har størst utgifter i forhold til innbyggertall få redusert sitt tilskudd med 12,7 pst. eller 7,5 mill. kroner. Den andre kommunen som har minst utgifter sett i forhold til innbyggertall, vil få økt sitt tilskudd med 9,5 pst. eller 1,4 mill. kroner. Beregningene er gjort med bakgrunn i tilskudd utbetalt for 2005.

Regjeringen er bedt om å evaluere ordningen med ressurskrevende brukere fortløpende. En evaluering av ordningen vil bli sluttført innen utgangen av 2005. Det foreslås at midler til kommunene fordeles etter modell 2 inntil resultatene fra evalueringen foreligger.

Stortinget bevilget ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2003–2004) for daværende Sosialdepartement 1,2 mrd. kroner til ordningen. Utbetalingene i 2005 med bakgrunn i kommunenes rapporterte kostnader utover innslagspunktet beløper seg til 1,85 mrd. kroner. Dette gir en vekst i utbetalingene til kommunene på 650 mill. kroner i løpet av 2 år i forhold til opprinnelig bevilgning. For å dempe utgiftsveksten foreslås det for 2006 at staten utover innslagspunktet på kroner 745 000 dekker 70 pst. av kommunenes utgifter på landsbasis, svarende til 230 mill. kroner i redusert utbetaling til denne ordningen. Dette er utgifter som er påløpt i kommunene i 2005. Innslagspunktet på 745 000 kroner tilsvarer prisomregning av gjeldende nivå på 725 000 kroner. Selv med en reduksjon i den statlige dekningsgraden vil det i 2006 være behov for ytterligere midler. Dette på grunn av overskridelse i 2005, samt at det forventes en fortsatt økning i antall brukere og en moderat økning av utgiftene til den enkelte. Bevilgningen til toppfinansieringsordningen for 2006 foreslås økt med 287 mill. kroner i forhold til saldert budsjett for 2005.

Det er for 2005 bevilget 1,58 mrd. kroner til formålet. De rapporterte tallene fra kommunene medfører en overskridelse på 268 mill. kroner i forhold til saldert budsjett 2005. Økningen i beregnet beløp for 2005 og kommunenes faktiske utgifter skyldes både økning i antallet brukere og økning i lønnsutgifter knyttet til den enkelte bruker. Det vil bli fremmet forslag om nødvendig tilleggsbevilgning i forbindelse med omprioriteringsproposisjonen høsten 2005.

Det foreslås bevilget 1,87 mrd. kroner til toppfinansieringsordningen for ressurskrevende brukere for 2006.

Post 66 Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse

Bevilgningen går til stimuleringstilskudd til kommunene for å ta i bruk ordningen med brukerstyrt personlig assistanse.

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en måte å organisere tjenesten «praktisk bistand og opplæring». BPA innebærer at tjenestemottakeren har egne faste assistenter som han eller hun har arbeidslederansvaret for. Ordningen er hjemlet i sosialtjenesteloven § 4-2 a, og er en ordning alle kommuner plikter å ha på linje med de andre lovregulerte tjenestene etter sosialtjenesteloven.

Tilskuddet går til dekning av utgifter til opplæring av arbeidsleder og assistent, til utlysing og ansettelsesprosedyrer og oppfølging. Tilskuddet dekker ikke kommunenes utgifter til tjenestetilbudet, men skal stimulere til at nye brukere får tjenestetilbudet. I 2005 ble tilskuddet fordelt på kommuner i alle fylker til 810 brukere i 229 kommuner og 14 bydeler. Det var 245 nye brukere i forhold til 2004.

Ordningen med brukerstyrt personlig assistanse foreslås utvidet til også å omfatte brukere som ikke alene kan ivareta arbeidslederrollen. Dette gjelder særlig voksne utviklingshemmede og familier med barn med nedsatt funksjonsevne. Utvidelsen antas å utgjøre 20 pst. av nåværende

brukergruppe. Bevilgningen er i 2005 på 50 mill. kroner. Basert på gjeldende ordning for tilskuddet vil utvidelsen gi en merkostnad på vel 20 mill. kr i 2006. For de påfølgende 3 år vil merkostnaden reduseres til om lag 12 mill. kroner.

Bevilgningen for 2006 foreslås økt med 20 mill. kroner utover saldert budsjett for 2005 for å gi rom for utvidelse av brukergruppen.

Anmodningsvedtak nr 523 (2004–2005) av 16. juni 2005

Ved behandlingen av St.meld. nr. 40 (2002–2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer, ba Stortinget Regjeringen fremme en sak for Stortinget om ordningen med brukerstyrt personlig assistanse jf. Innst. S. nr. 162 (2003–2004). Saken ble fremmet og omtalt i Kommuneproposisjonen for 2006 (St.prp. nr. 60 (2004–2005). Stortinget vedtok følgende:

> «Stortinget ber Regjeringen følge opp vedtaket om å legge fram en sak om brukerstyrt personlig assistanse (BPA) der rettighetsfesting for brukerne, tjenestens omfang og innhold samt ulike modeller for statlig medfinansiering utredes. Saken skal legges fram i forbindelse med statsbudsjettet for 2006»

Dagens regulering innebærer at tildeling av brukerstyrt personlig assistanse (BPA) skal vurderes på samme måte og innenfor de samme rettslige rammene som de andre tjenestene i sosialtjenesteloven § 4-2, jf. § 4-3. De fleste som søker BPA har omfattende hjelpebehov og fyller vilkårene for å få innvilget tjenester. Det er kommunen som avgjør om tjenesten praktisk bistand og opplæring skal organiseres som BPA, og brukerne har ikke rett til å få organisert bistanden på denne måten. BPA er ikke begrenset til bestemte funksjonshemninger eller diagnoser, og det er heller ikke satt noen nedre grense for bistandsbehov. Det forutsettes imidlertid at bistandsbehovet er så omfattende, eller av en slik art, at det mer hensiktsmessig kan ivaretas gjennom BPA, enn gjennom mer tradisjonelle omsorgstjenester.

Erfaringer med ordningen

Ulike undersøkelser har vist at ordningen med brukerstyrt personlig assistanse fører til større selvbestemmelse og høyere livskvalitet for brukerne (Askheim 2001, Guldvik 2003). Ordningen har gitt en mer individuell utformet tjeneste brukeren i stor grad styrer selv. Ni av ti brukere er ifølge undersøkelser svært eller nokså tilfreds med ordningen. Det er relasjonene til assistenten som skårer høyest, dvs. muligheten til å velge egne assistenter og ha færre hjelpepersoner. Dernest kommer praktiseringen av ordningen som innebærer fleksibilitet, forutsigbarhet og brukerstyring. Rekruttering av assistenter oppleves som den mest problematiske siden ved BPA. De fleste kommunene opplever også BPA som et positivt tilskudd til det kommunale tjenestetilbudet (Guldvik 1998).

Et lite antall psykisk utviklingshemmede har ordningen her i landet, hovedsakelig med pårørende i arbeidslederrollen. Både i Sverige og i Finland er ordningen langt mer utbredt blant denne målgruppen og det er utviklet modeller der andre enn brukerne ivaretar administrasjonen av ordningen. Evalueringer både i Norge og andre nordiske land viser at man har gode erfaringer med BPA også for grupper som ikke fullt ut kan ivareta brukerstyringen selv. For utviklingshemmede er det spesielt viktig at assistansen spres på et begrenset antall personer, og at stabilitet og kontinuitet i tjenestene gir brukeren større trygghet.

Noen få kommuner har innvilget ordningen med BPA også til familier med barn med nedsatt funksjonsevne. Ulike rapporter har vist at de ordinære tjenestene til disse familiene ofte er preget av mange hjelpere og lite fleksibilitet i forhold til familiens behov. Flere undersøkelser peker på at ordningen vil passe bra for familier med barn med nedsatt funksjonsevne fordi disse familiene ofte passer dårlig inn i hjemmetjenestens system.

Endringer av retningslinjer for ordningen

I St.prp. nr. 60 (2004–2005) (kommuneproposisjonen) varslet departementet at ordningen skal utvides slik at også de som må ha assistanse for å ivareta arbeidslederrollen og brukerstyringen, kan få BPA. Departementet vil gi retningslinjer om dette og presisere at også funksjonshemmede med kognitiv funksjonssvikt, herunder utviklingshemmede, og familier med barn med nedsatt funksjonsevne som hovedregel kan få tjenestene organisert som BPA. Gjennomføringen vil da skje ved at en pårørende/hjelpeverge påtar seg arbeidslederrollen. Utvidelse av målgruppen følges opp gjennom forslag om å øke bevilgningen til stimuleringstilskuddet med 20 mill. kroner.

BPA i de andre nordiske land

I Sverige ble det i 1993 vedtatt to særlover som skulle gi personer med omfattende funksjonshemninger bedre muligheter for å kunne skape seg et selvstendig liv. Dette er lover som gir individuelle rettigheter som bryter med den tradisjonelle ram-

melovgivningen. Ved rettighetsfestingen ønsket man å beskytte tiltak for funksjonshemmede mot økonomiske nedskjæringer i kommunene.

Den funksjonshemmede har en rett til tjenester, herunder personlig assistanse, dersom vedkommende oppfyller visse kriterier. Tjenestetilbudet er et kommunalt ansvar. For å avlaste kommunenes høye kostnader for brukere med omfattende behov, er det samtidig innført en statlig assistanseordning. Kommunen har hele det økonomiske ansvaret for de som trenger mindre assistanse enn 20 timer pr. uke. Ved behov for personlig assistanse utover 20 timer pr. uke har man rett til å få assistanseerstatning for de overskytende timene. Kostnadene for den statlige assistanseerstatningen var om lag 8,7 mrd. kroner i 2003. Personlig assistanse må være innvilget før personen fyller 65 år.

Personlig assistanse i Sverige er en ordning som ikke legger så stor vekt på brukerstyringen som det hittil er gjort i Norge. Også utviklingshemmede og andre med betydelige kognitive funksjonshemminger får tildelt personlig assistanse. Ved rettighetsfesting av personlig assistanse ønsket man å sikre likebehandling for personer med nedsatt funksjonsevne. Praktiseringen av loven viser imidlertid at den tolkes og tillempes på ulike måter fra kommune til kommune. Det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder hvor mange som søker personlig assistanse, og hvor mange som får avslag på søknaden. Det er også store variasjoner når det gjelder andelen av ulike grupper funksjonshemmede som tildeles ordningen, og antall innvilgede timer. Dette henger sammen med at lovteksten angir forholdsvis overordnede mål for ordningen.

Den danske loven setter to betingelser for at funksjonshemmede kan få personlig assistanse. Det stilles krav om et høyt aktivitetsnivå hos brukeren, og at brukeren skal kunne administrere ordningen. Betingelsen for å kunne administrere ordningen er knyttet til at brukeren fungerer som arbeidsgiver for assistenten. Arbeidsgiveransvaret inkluderer å kunne administrere ytelsen og tilrettelegge hjelpen. Som følge av disse kravene har persongruppen som er berettiget til personlig assistanse i Danmark, hele tiden vært begrenset. Fra brukerhold er det sterk oppslutning om en streng håndheving av hvem som skal få personlig assistanse. Brukerne er opptatt av at ordningen ikke må ødelegges ved at brukerstyringen undermineres. Funksjonshemmede som ikke kan administrere arbeidsgiveransvaret selv, bør, etter deres syn, heller få andre ordninger. Selv om personlig assistanse er et kommunalt anliggende i Danmark, refunderer staten etter konkrete vurderinger i det enkelte tilfellet, 50 prosent av «nødvendige merutgifter» kommunene har til personer som følge av deres nedsatte funksjonsevne.

Etter den finske loven er det et vilkår for å få personlig assistanse at den funksjonshemmede selv skal definere sitt hjelpebehov og ivareta et arbeidsgiveransvar. Arbeidsgiveransvaret kan likevel også overlates til pårørende eller den funksjonshemmedes «formynder». Den finske ordningen har mange likhetspunkter med den danske. Begge understreker betydningen av at brukeren selv skal ha arbeidsgiveransvaret for å sikre brukerstyringen. Relativt få brukere har noe omfattende tilbud, og det er vanskelig å få timer til aktiviteter utenfor hjemmet. Det er kun kommunal finansiering knyttet til ordningen i Finland. Dette har blant annet ført til at forskjellen i tjenesteomfang er stor mellom kommunene, blant annet avhengig av kommuneøkonomi.

Forslag i NOU 2005:8

I NOU 2005:8 (Likeverd og tilgjengelighet) foreslås en utvidelse av sosialtjenestelovens bestemmelse om praktisk bistand og opplæring (§ 4-2 bokstav a). Etter utvalgets oppfatning bør det i tillegg til BPA opprettes en ordning med personlig assistanse uten krav om at den enkelte selv må kunne utøve full brukerstyring, slik at også personer med kognitive funksjonsnedsettelser kan motta tjenestene som personlig assistanse. Utvalget ønsker ikke å fjerne lovfestingen av BPA, da brukerstyringen er et vesentlig element for brukere som kan og ønsker slik styring. Etter de nylige endringene i retningslinjene for tildeling av BPA, foreligger ikke lenger det samme behovet for en slik tilføyelse i lovteksten. Departementet vil likevel vurdere utvalgets forslag ved utarbeidelsen av forslag til lovendringer om rett til BPA, jf. nedenfor. Utvalget har ikke foreslått statlig finansiering av ordningen.

Rett til å få organisert praktisk bistand og opplæring som BPA

Spørsmålet om sterkere rettighetsfesting av BPA har vært diskutert og foreslått fra flere hold siden ordningen ble lovfestet i 2000.

Sosialtjenesteloven er basert på generelle og skjønnsmessige regler, og kommunene står i utgangspunktet fritt til å organisere tjenesteforvaltningen. Dersom søkeren fyller lovens alminnelige vilkår, utløses en kommunal plikt til å bistå. Selv om tjenestemottakeren har krav på tjenester, innebærer ikke dette at vedkommende har et ubetinget rettskrav på en bestemt tjeneste. Det er i utgangspunktet kommunen som avgjør hvilke tjenester som skal tilbys.

Departementet mener at dette fortsatt må være hovedregelen. Ved behov for omfattende praktisk bistand vil imidlertid en rett til å få organisert tjenestene som BPA bidra til en utvikling av tjenestene i retning av større brukermedvirkning, økt fleksibilitet og mer individuell tilrettelegging.

Ut fra de positive erfaringene med BPA, foreslår departementet å endre sosialtjenesteloven slik at alle som fyller de alminnelige vilkårene for å motta praktisk bistand og opplæring og har behov for tjenester ut over et visst omfang, får en rett til å få hele eller deler av denne tjenesten organisert som BPA. Grunnvilkårene for å få praktisk bistand vil fortsatt være regulert av sosialtjenestelovens § 4-3, slik at kommunene fastsetter tjenesteomfanget ut fra en individuell behovsvurdering.

Kommunene har gjennom sin nærhet til de tjenester som skal ytes, bedre forutsetninger enn staten til å prioritere ressursene i samsvar med lokale behov og forutsetninger. Departementet mener på denne bakgrunn at retten til å få organisert praktisk bistand som BPA bør knyttes til at brukeren har et omfattende behov for tjenester. Dette samsvarer med dagens retningslinjer som presiserer at det forutsettes at bistandsbehovet er så omfattende at det mer hensiktsmessig kan ivaretas gjennom brukerstyrt personlig assistanse enn gjennom mer tradisjonelle omsorgstjenester. Departementet mener at det bør settes et minstenivå for når tjenestemottakerne får en slik rett, f.eks at tjenestebehovet må utgjøre minst 20 timer i uka. I en situasjon der tjenestemottakeren har behov for omfattende hjelp til grunnleggende behov for å kunne leve et aktivt og selvstendig liv, er det viktig å ha få bistandsytere, og at brukeren har innflytelse på tidspunkt for tjenesteutøvelse og innretningen av tjenesten. Ved et lite bistandsbehov vil det ikke foreligge et tilsvarende behov for denne type organisering. Departementet ønsker ikke å begrense retten til å få organisert tjenestene som BPA til bestemte funksjonshemminger eller diagnoser.

En rettighetsfesting som omtalt ovenfor kan gi større kommunal likhet med hensyn til hvem som får BPA. I dag er det store kommunale forskjeller knyttet til hvem som får innvilget BPA. En slik rett vil trolig også stimulere kommunene til nye måter å organisere praktisk bistand på. Dette vil bidra til å realiseres målsettingen om større valgfrihet og brukerinnflytelse.

Departementet vil sende forslag om nødvendige lovendringer på høring med det første. Spørsmålet om en eventuell aldersbegrensning vil bli drøftet i høringsnotatet.

Finansiering av ordningen

Tjenesten BPA finansieres i dag i hovedsak gjennom kommunenes frie inntekter, på samme måte som alle andre tjenester etter sosialtjenesteloven. Mange av de som mottar BPA er brukere med store bistandsbehov. Deler av kommunenes utgifter til deres tjenestetilbud dekkes av staten gjennom finansieringsordningen for ressurskrevende brukere. Stimuleringstilskuddet skal dekke kommunens utgifter knyttet til rekruttering og opplæring av assistentene og de som skal ivareta brukerstyringen, jf. Kap 0761, post 66 Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse. Bevilgningen foreslås økt med 20 mill. kroner.

Når det innføres en rett til å velge organisering av praktisk bistand som BPA, kan det reises spørsmål om det er grunnlag for en særskilt statlig finansiering av ordningen.

En alternativ måte å finansiere BPA på kan være å refundere hele eller deler av utgiftene kommunene har hatt til BPA det siste året basert på regnskapstall og tilbakerapportering etter bestemte kriterier staten fastsetter. En annen løsning er å refundere utgifter over en viss størrelse eller utgifter som tilsvarer et visst timetall BPA. Dette har store likheter med finansieringsordningen for ressurskrevende brukere. Forskjellen er at sistnevnte ordning dekker alle ressurskrevende brukere uavhengig av hvordan tjenestene er organisert og uavhengig av alder, diagnose og gruppetilhørighet. Et ytterligere alternativ er å etablere en statlig stykkprisordning, slik at hver bruker av BPA kan få tildelt midler til å dekke BPA, og selv få muligheten til å finansiere og velge mellom ulike «leverandører» ut fra fastsatte kriterier og krav.

Kommunene har allerede en lovbestemt plikt til å kunne tilby BPA. En lovendring som nevnt ovenfor, vil innebære en utvidet plikt for kommunene til å kunne tilby tjenesten praktisk bistand og opplæring organisert som BPA. Pliktens innhold er imidlertid begrenset til en alternativ organisering av tjenestetilbudet i visse tilfeller. Forslaget vil ikke medføre endringer i de alminnelige vilkårene for rett til tjenester etter § 4-3 eller omfanget av tilbudet. Kommunene skal foreta en konkret og individuell vurdering av behovet for tjenester i den enkelte sak. Dersom vilkårene for å motta praktisk bistand er oppfylt, og tjenesten ikke ytes som BPA, må kommunen gi tjenestene på annen måte. Kostnadselementer og administrative konsekvenser for kommunene vil bli konkretisert og vurdret i høringsnotatet. Det tas sikte på at eventuelle merkostnader kompenseres gjennom rammetilskuddet til kommunene.

Den statlige toppfinansieringsordningen for ressurskrevende brukere er nylig endret. Ordningen omfatter også kommunenes utgifter til tjenestetilbud til BPA-brukere med omfattende hjelpebehov. Det er ikke ønskelig å innføre nye finansieringsordninger før man har fått mer erfaring med dagens ordning. Grunnprinsippet er at det er kommunene som har ansvaret for pleie- og omsorgstjenestene, og det er de som skal vurdere hvilke tjenester som skal gis og organiseringen av disse. En statlig toppfinansieringsordning bør etter departementets oppfatning knyttes til omfanget av tjenester og ikke til en enkelt type organisering, da dette kan føre til utilsiktede vridningseffekter bort fra ordinære pleie og omsorgstjenester til BPA.

Post 67 Tilskudd til særskilte utviklingstiltak

Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

15 mill. kroner fra kap. 724 post og 6,1 mill. kroner fra kap. 761 post 21 er foreslått flyttet til kap. 761 ny post 67.

Formålet med tilskuddet er å styrke tilbudet innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt utenfor sykehus. Tilskuddet benyttes i hovedsak til tiltak i kommunehelsetjenesten og enkelte tiltak i regi av private/ideelle organisasjoner. I 2004 ble det utbetalt 15 mill. kroner til formålet over denne tilskuddsposten. Tilskuddet for 2004 har gått til driftsstøtte til etablerte prosjekter som fremdeles er i en oppstartfase (om lag 5 mill. kroner) og til investeringsstøtte og driftsstøtte til nye prosjekter utenfor sykehus (om lag 10 mill. kroner). Dette for å sikre kontinuitet i prosjektene, men også for å understøtte nye prosjekter der det tidligere har vært et mangelfullt tilbud. Samtlige helseregioner ble i 2004 tildelt midler. For 2005 er det bevilget 15 mill. kroner på denne posten etter de samme kriterier som i 2004. Også i 2005 har samtlige helseregioner blitt tildelt midler.

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker gjennom tilskuddsordningen å prioritere prosjekter som sikrer kvalitetsutvikling gjennom god fagutvikling, kompetanseheving og nasjonal overføringsverdi. Tiltakene må ses i sammenheng med ny nasjonal kreftstrategi hvor kompetanse og kapasitet til å følge opp pasienter i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten er sentralt. Tiltakene som skal prioriteres må ses i sammenheng med aktiviteten i undervisningssykehjem. På denne bakgrunn vurderer Helse- og omsorgsdepartementet at Sosial- og helsedirektoratet bør forestå tilskuddsforvaltningen direkte.

Undervisningssykehjem

Undervisningssykehjem er et tiltak under Rekrutteringsplanen for helse- og sosialpersonell 2003–2006. Undervisningssykehjem består av virksomhet basert på avtaler om samarbeid mellom kommune/sykehjem, høgskole og universitet. Undervisningssykehjemmene bidrar til økt kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene ved å drive forskning, fagutvikling og kompetanseheving gjennom prosjekter forankret i sykehjemmet og samarbeid med sykehjem i andre kommuner.

Det er nå seks undervisningssykehjem som mottar statlig støtte. I løpet av 2005 er det innlemmet flere sykehjem som skal bli undervisningssykehjem under det regionale hovedundervisningssykehjemmets paraply. Det er etablert avtaler med andre samarbeidsaktører i helsetjenesten, og det er initiert samarbeid mellom undervisningssykehjemmene og lokale sykehjem på viktige områder. Det er etablert samarbeid mellom Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, høgskoler og universiteter. Undervisningssykehjemmene og Sosial- og helsedirektoratet sørger for at erfaringer fra prosjektene blir spredt og er lett tilgjengelige for alle kommuner. Det skal etableres felles nettsider for undervisningssykehjemmene og Sosial- og helsedirektoratet.

Sosial- og helsedirektoratet skal forvalte det statlige tilskuddet, holde nær kontakt med kommunene, og sørge for at erfaringer fra forskning, fagutvikling og prosjekter ved det enkelte undervisningssykehjem blir spredt og lett tilgjengelig for andre kommuner.

I alt foreslås det bevilget 21,1 mill. kroner til prosjekter knyttet til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt utenfor sykehus og til undervisningssykehjem for 2006.

Post 70 Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., kan overføres

Til sammen 21,24 mill. kroner er overført fra kap. 761 post 63 og kap 726 post 61 til kap. 761 post 70.

Bevilgningen går til følgende formål:

- behandling, rehabilitering og bistand i nærmiljøet
- selvhjelps og interessegrupper
- tiltak for prostituerte

Frivillige organisasjoner og private stiftelser utfører et betydelig arbeid for svakere stilte grupper. Tiltak omfatter hovedsakelig institusjonsbehandling, samt ulike former for individrettet bistand i nærmiljøene, som bolig-/overnattingstilbud, møtesteder, kvalifiseringsarbeid og nettverksarbeid.

I 2004 ble det fordelt 46,1 mill. kroner i tilskudd til tiltak for rusmiddelmisbrukere. Det ble gitt tilskudd til bl.a. Stiftelsen Pinsevennenes Evangeliesentre, Stiftelsen KRAFT, Frelsesarmeen, Stiftelsen Rus-nett, Blå Kors i Norge, Natthjemmet for prostituerte og Kirkens Bymisjon. I 2005 ble det fordelt 51,5 mill. til samme formål. Flere undersøkelser viser behov for å styrke rehabiliteringstiltakene for rusmiddelmisbrukere i kommunene. Det er også behov for å styrke samarbeidet mellom kommunene og de frivillige organisasjonene.

Det er overført 10,93 mill. kroner til det frivillige rusmiddelforebyggende arbeidet fra kap. 761 post 63. Kommunene har avgjørende betydning for innsatsen overfor rusmiddelmisbrukere. Det gjelder både forebyggende tiltak, støtte-, hjelpe- og behandlingstiltak og nødvendige samarbeidstiltak med spesialisthelsetjenesten. Et viktig mål er å styrke ettervern og oppfølging av rusmisbrukere som kommer ut av institusjon. Samarbeid med frivillige organisasjoner er viktig for å få mest mulig slagkraft i det lokale etterverns arbeidet. 10,9 mill. kroner foreslås til samarbeidsprosjekter mellom kommuner og frivillige organisasjoner knyttet til ettervern.

Stortinget fattet følgende vedtak 8. desember 2004, jfr. Budsjett-innst. S. nr. 11: Vedtak 121:

> «Stortinget ber regjeringen gjennomgå situasjonen til private rusverninstitusjoner som ikke omfattes av spesialisthelsetjenesten, og komme tilbake til Stortinget med vurdering av tiltak for å sikre dette tilbudet til rusmiddelsmisbrukere»

Som en første oppfølging av Stortingets vedtak ble bevilgningen økt med 20 mill. kroner ved behandlingen av St.prp. nr. 65 (2004–2005). Departementet er klar over at rusreformen innebar et systemskifte som har stilt flere av de frivillige institusjonene som driver rusarbeid i en krevende situasjon. Utfordringene er blant annet knyttet til at organisasjonene må forholde seg til anbudsinnbydelser fra helseforetakene og i økende grad fra kommuner. Dette krever en omstilling som tar tid. For å unngå at gode tiltak faller bort på grunn av manglende finansiering, foreslår departementet å videreføre den økte tilskuddsbevilgningen. Departementet vil følge situasjonen til private organisasjoner som yter tjenester innen rusfeltet, tett og løpende vurdere behov for tiltak rettet mot disse.

Det framgår av dagens regelverk at tilskuddet skal stimulere til utvikling av tiltak som skal supplere det offentlige hjelpetilbudet overfor målgruppene rusmiddelsmisbrukere og prostituerte. For å sikre en målrettet bruk av midlene og gi større forutsigbarhet for søkerne, foreslår departementet at det stilles vilkår for tilskudd etter bevilgningen.

Følgende vilkår foreslås:

- Arbeid med lokale rehabiliterings-, ettervernsnettverks- og boligtiltak prioriteres ved tildelingen.
- Det bør være en forutsetning for tilskudd at private virksomheter har etablert et samarbeid med kommunen.
- Institusjonen/virksomheten skal utarbeide en serviceerklæring for sin virksomhet som tydeliggjør innholdet i tilbudet.
- Institusjonen/virksomheten skal etablere et system for brukermedvirkning.

Disse vilkårene vil bidra til en bedre målretting av type tiltak som støttes og sikre nødvendig samarbeid med kommunene som har hovedansvaret for rusmiddelsmisbrukere. De foreslåtte vilkårene tar også sikte på å styrke brukermedvirkningen. Prosjekter som strekker seg over flere år, vil bli prioritert for å sikre nødvendig kunnskapstilfang.

Ved Stortingets behandling av St.prp. nr 65(2004–2005) ble bevilgningen til frivillige organisasjoner økt. Det foreslås å videreføre 20,64 mill. kroner. Samlet bevilgning i 2006 er på 73,819 mill. kroner.

Gatehospitalet

Frelsesarmeens gatehospital er i full drift. Gatehospitalet åpnet i desember 2004 og tilbyr rusmiddelmisbrukere med omfattende hjelpebehov et heldøgns helse- og omsorgstilbud. Det har pågått bygningstekniske forbedringer de første månedene av driften, lokalene er nå fullt ut tilfredsstillende og hensiktsmessige. Arbeidet med å kvalitetssikre det helsefaglige innholdet pågår kontinuerlig når det gjelder rutiner og praksis vedrørende medisinering, sårstell etc. Det er etablert gode samarbeidsforhold til spesialisthelsetjenesten på Aker og Ullevål universitetssykehus og Vor Frues hospital. Dessuten er det etablert samarbeid med mange andre aktuelle samarbeidspartnere innenfor primærhelsetjenesten, sosialtjenesten i bydelene, MAR-Oslo, Tøyen DPS og feltpleien i Oslo. Gatehospitalet gjennomfører et kvalitetssikringssystem brukt i Rusmiddeletaten, ISIT. All virksomhet dokumenteres forskriftsmessig. Det er etablert en referansegruppe som har regelmessige møter.

Prosjektperioden utløper etter 3 år i 2006. Tiltaket skal evalueres for å vurdere behovet videre. Det er naturlig å se tiltaket i sammenheng med Lavterskel helsetiltak i kommunene og evaluere det sammen med disse.

Satsningsområdene for driften ut prosjektperioden er å sikre den medisinskfaglige kvaliteten og skape gode samarbeidsrutiner til tiltaksapparatet både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Midlene til Gatehospitalet er foreslått overført fra kap. 761 post 61.

Post 71 Tilskudd til frivillig arbeid

Formålet med bevilgningen er å fremme visse organisasjoners særskilte informasjons- og opplysningsvirksomhet og kontaktskapende arbeid mv. Bevilgningen går til følgende formål:
- informasjon/telefontjenester og kontaktskapende arbeid
- driftsstøtte til diverse tiltak

For 2004 ble det gitt tilskudd til følgende organisasjoner til informasjon og kontaktskapende arbeid:
- Kirkens SOS i Norge
- Telefonkontakt
- Frelsesarmeens telefon- og besøkstjeneste
- Demenslinjen – Nasjonalforeningen for folkehelsens kontakttelefon for pårørende til demente
- Informasjonstelefonen for tinnitus og morbus meniere (T/M-linjen).

For 2004 er det også gitt driftsstøtte til følgende tiltak:
- Frelsesarmeens ettersøkelsesarbeid
- Norsk helse- og sosialforum
- Trastad samlinger.

Sosial- og helsedirektoratet følger virksomhetene gjennom årsmeldinger og regnskap. Tilskudd for 2005 vil bli vurdert etter søknad.

Post 72 Tilskudd til Landsbystiftelsen

Landsbystiftelsen eier og driver landsbyer (også kalt Camphill-landsbyer) som fram til 1986 var en del av helsevernet for psykisk utviklingshemmede. Fra og med 1987 ble landsbyene administrativt forankret i regelverket knyttet til sykehus, og kom inn under tilskuddsordningen fra folketrygden sammen med andre spesielle helseinstitusjoner. Fra og med 2002 ble tilskuddet til Landsbystiftelsen gitt gjennom egen bevilgning på statsbudsjettet. Landsbystiftelsen, som er inspirert av antroposofien, tilbyr et helhetlig bo- og arbeidsfellesskap for unge og voksne med særlige omsorgsbehov. Tilbudet omfatter personer med psykisk utviklingshemning og en del rusmiddelmisbrukere. Tilskuddet ble i 2002 økt med 6,2 mill. kroner til 55 mill. kroner. Tilskuddet i 2005 var på 58,938 mill. kroner.

Følgende institusjoner omfattes av tilskuddsordningen:
- Vidaråsen landsby, Vestfold
- Hogganvik landsby, Rogaland
- Jøssåsen landsby, Sør-Trøndelag
- Solborg, Oppland
- Vallersund Gård, Sør-Trøndelag
- Kristoffertunet, Sør-Trøndelag

Midlene blir stilt til rådighet for Landsbystiftelsen som fordeler midlene til institusjonene. Sosial- og helsedirektoratet følger virksomheten gjennom årsmelding og årsregnskap og følger opp arbeidet med fastlegging av beleggskrav i forhold til antall og type plasser.

Som varslet i St.prp. nr. 1 (2003–2004) er det nødvendig å endre den rettslige reguleringen av virksomheten ved Landsbystiftelsens institusjoner. Regjeringen sendte høsten 2004 på høring et forslag om å oppheve forskriften som regulerer virksomheten ved landsbyene. Tjenesten ved landsbyene er foreslått regulert i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Forslaget legger til grunn en fortsatt statlig finansiering av virksomheten. Helse- og omsorgsdepartementet tar sikte på å gjennomføre endringene med virkning fra 1. januar 2006. Brukerne vil som følge av endringen motta ordinære trygdeytelser fra folketrygden. Det innebærer en brutto merutgift for staten på ca. 16 mill. kroner til uførepensjon jf. omtale i Arbeids- og sosialdepartementets budsjettproposisjon. Landsbystiftelsen kan etter endringene kreve betaling for kost og losji. Departementet legger til grunn en egenandel på 6000 kroner per mnd. Det gir en brutto inntekt for Landsbystiftelsen på ca. 10,15 mill. kroner. Antatte økte utgifter til administrasjon og tjenester er ca. 4 mill. kroner. Netto inntekt av endringene blir for Landsbystiftelsen ca. 6,15 mill. kroner, som foreslås trukket inn ved tilsvarende reduksjon av statens tilskudd. Statlige kostnader av endringene blir etter dette i underkant av 10 mill. kroner.

Post 73 Tilskudd til døvblinde og døve

Bevilgningen går som tilskudd til Stiftelsen Conrad Svendsen Senter (CSS), som er et bo-, omsorg-, behandlings- og rehabiliteringstilbud der avansert tegnspråk og et sosialt utviklende miljø er grunnlaget. Brukerne er voksne døve og døvblinde med ulike tilleggsvansker av medisinsk og psykologisk kompleksitet og med en svært ulik språkforståelse.

I 2005 ble det gitt tilskudd til drift av en spesialisert fagavdeling ved senteret. Ordningen foreslås

videreført i 2006. Denne avdelingen utreder og behandler brukerne, gir veiledning til det øvrige personalet og veiledning til personell og brukere fra andre deler av landet.

3,2 mill. kroner ble for 2004 bevilget over kap. 621 post 73 til kompensasjon for manglende kommunal betaling i 2001. Midlene ble fra 2005 innlemmet i inntektssystemet og lagt til Oslo kommune

Betinget tilsagn om tilskudd

Departementet garanterer for eventuelt inntektsbortfall når plasser ved botilbudet blir stående tomme ved Døvblindesenteret i Nord-Norge med inntil 2 mill. kroner inntil avtalen utløper 31.12.2006, jf. omtale under kap. 732 post 70.

Post 75 Kompetansesentra m.m.

Midlene til finansiering av sentrene for døve og døvblinde og Autismenettverket overføres til helseforetaksstrukturen og midlene flyttes til kap. 732 post 70.

Det foreslås at de gjenstående 4,5 mill. kr overføres som tilskudd til Nasjonalt senter for telemedisin for å dekke IKT-basert undervisning, veiledning og faglig nettverksbygging rettet mot ansatte i pleie- og omsorgstjenesten, og andre kompetanseutviklingstiltak, som styring av syndromdiagnostikk.

Post 76 Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov

Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av Mosserød alders- og sykehjem for adventister og Jødisk Bo- og Seniorsenter, og dermed stimulere til at kommuner velger å kjøpe plasser ved disse institusjonene. Følgende vilkår for bevilgningen foreslås videreført:

- bevilgningen skal i hovedsak nyttes til å subsidiere den kommunale kostnaden for nye beboere som enten tilhører Det mosaiske trossamfunn eller Syvendedags Adventistsamfunn
- tilskuddet bør fortrinnsvis tilgodese personer hjemmehørende i andre kommuner enn der institusjonen ligger
- midlene skal nyttes for plass til personer som ut fra kommunens egne behovsvurderinger har behov for tilbud i aldersinstitusjon
- subsidieringen kan ikke ha et slikt omfang at det urimelig påvirker kommunens valg av typer tiltak

De midler som ikke kan nyttes i samsvar med punktene over, kan anvendes i forhold til medlemmer av trossamfunnene som ikke er faste beboere ved institusjonen. Dette kan være tilbud om dagplass, kortidsplass og hjemmebesøk mv.

Departementet viderefører samme prinsipp for forholdsmessig fordeling av midlene mellom de to institusjonene. Sosial- og helsedirektoratet følger institusjonenes bruk av midlene gjennom årsmelding, budsjett og regnskap. For disse institusjonene gjelder for øvrig de finansieringsordninger som ellers gjelder for sykehjem.

Post 77 Kompetansetiltak m.m.

Til sammen 79,9 mill. kroner er foreslått overført fra kap. 761 post 63 til post 77.

Bevilgingen går til;

- kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål
- opplæring og kompetanseutvikling overfor sosialtjenesten i kommunene
- fengsels og prostitusjonsprosjekt
- delfinansiering av Flink med folk

Regionale kompetansesentre for rusmiddelspørsmål

I samråd med Helsedepartementet ba Sosialdepartementet i 2003 Sosial- og helsedirektoratet foreta en utredning av framtidige funksjoner og organisering av de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål. I St.prp. nr. 1 (2004–2005) varslet Helse og omsorgsdepartementet at departementet med bakgrunn i rapporten ville bruke 2005 til blant annet å vurdere framtidig plassering av de oppgavene som er lagt til de regionale kompetansesentrene. I den forbindelse redegjorde Sosial- og helsedirektoratet nærmere for sentrenes virksomhet og aktivitet. De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål har tre hovedoppgaver: stimulering til utvikling av forebyggende tiltak i kommunene, som for 2004 utgjorde om lag 50 pst. av aktiviteten til kompetansesentrene. Kompetanseutvikling i kommunene og spesialisthelsetjenesten som utgjorde om lag 30 pst. av aktiviteten. Nasjonale spisskompetanseområder som utgjorde om lag 20 pst. av aktiviteten.

Videreutvikling av sentrene i 2006 vil skje innefor den eksisterende hovedstrukturen. Innenfor denne rammen vil det bli lagt vekt på å gjøre driften av sentrene mer målrettet i forhold til behov. Det er kommunene og de regionale helseforetakene som er brukere av sentrenes tjenester. Det må være en forutsening at kompetansesentrene kan møte et behov og en etterspørsel for disse. For å målrette sentrenes virksomhet legges det opp til at RHFene og kommunene aktivt skal bidra i utformingen av bestillingen fra Sosial- og helsedirektoratet til de regionale kompetansesentrene. Samti-

dig vil det i noen grad være nødvendig at direktoratet er bestillere på vegne av kommunene.

Rusreformen forutsettes evaluert innen utgangen av 2006. I sammenheng med evalueringen av rusreformen vil kompetansesentrenes virksomhet bli vurdert. For å sikre at spisskompetansefeltet samsvarer med de nasjonale behovene ønsker departementet i denne prosessen samtidig en gjennomgang av de nasjonale spisskompetanseområdene til de regionale kompetansesentrene.

Sentrene ble tildelt 62,5 mill. kroner i 2005 til drift og forebyggende tiltak i kommunene. Midlene videreføres i 2006 med 64,125 mill. kroner. Kompetansesentrene skal delvis styres ved oppdragsbrev fra Sosial- og helsedirektoratet.

Opplæring og kompetanseutvikling overfor sosialtjenesten i kommunene

Det ble fra 2003 bevilget tilskudd til fylkesmennene til kompetanseutvikling overfor sosialtjenestens førstelinje og tilretteleggelse av opplæringstiltak for arbeid med tungt belastede rusmiddelmisbrukere i kommunene, herunder legemiddelassistert rehabilitering. Fylkesmennene har som en del av oppfølgingen av Handlingsplanen for sosialtjenestens førstelinje, Kunnskap og brubygging, hatt ansvaret for å tilrettelegge og koordinere opplæringstiltak knyttet til den kommunale sosial- og helsetjenestens arbeid med tungt belastede rusmiddelmisbrukere, herunder legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Utformingen og gjennomføringen ble basert på et samarbeid med flere instanser, blant annet de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål.

De aller fleste fylkene har tilrettelagt for kunnskapstilførsel i form av konferanser og seminarer. For mange fylker har det vært en utfordring å skape egnede fora og strukturer for å gjennomføre refleksjon og mestring knyttet både til sosialtjenenesten og helsetjenesten i kommunene. I utformingen og tilretteleggingen av kompetansetiltak ble embetene oppfordret til å bruke resultatene fra helsetilsynets oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelsmisbrukere, samt rapport fra SINTEF og Rogalandsforskning om rusklinter og tjenester før rusreformen (SINTEF 2004).

Fylkesmennene vil fortsatt ha en sentral rolle i arbeidet med å forbedre kvaliteten og kompetansen i sosialtjenestens førstelinje, også i 2006. Fylkesmennene forutsettes å samarbeide med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål i dette arbeidet. Arbeidet vil bestå av å bistå kommunene i å tilrettelegge for fag- og tjenesteutvikling i kommunenes førstelinje knyttet til hele dens arbeidsområde – herunder boligsosialt arbeid, økonomisk rådgivning, bruk av individuell plan, saksbehandling og tilrettelegging av kartleggings verktøy. Opplæring må også ses i sammenheng med tiltakene i Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer, jfr. Arbeids- og sosialdepartementets budsjettproposisjon, og er et viktig virkemiddel for å nå målene på de kommunale innsatsområdene i planen.

Forsøk med nye samarbeidsformer mellom forskning, utdanning og praksis i sosialtjenesten

Sosialtjenesten er et siste sikkerhetsnett i velferdsordningene. Personer som henvender seg til denne tjenesten har i mange tilfelle sammensatte problemer. Det kan være økonomiske problemer, vansker på arbeidsmarkedet, rusmiddelproblemer, vansker med å skaffe seg et sted å bo og bli boende der. Det er i løpet av de siste årene gjennomført en rekke kompetansehevende tiltak overfor ansatte i sosialtjenesten blant annet knyttet til innsats overfor rusmiddelmisbrukere, bostedsløse og personer med økonomi- og gjeldsproblemer. Et eksempel er ledelsesutviklingsprogrammet «Flink med folk» (jf. kap.761, post 60 på Helse- og omsorgsdepartementets budsjett) som også er rettet inn mot ledere i sosialtjenesten. Det er samtidig fra flere hold blitt påpekt at avstanden i dag er for stor, både mellom utdanningsinstitusjonene og sosialtjenesten, og mellom sosialtjenesten og forskningsmiljøene. Gjennomføringen av reformen med en ny arbeids- og velferdsforvaltning stiller i tillegg sosialtjenesten overfor nye utfordringer.

Regjeringen vil i 2006 på bakgrunn av dette, igangsette forsøk med nye samarbeidsformer mellom forskning, utdanning og praksis i sosialtjenesten (universitetssosialkontor). Formålet med forsøket er å bidra til en styrking av kompetanse og kvalitet i sosialtjenesten. Forsøket skal omfatte hele spekteret av oppgaver etter sosialtjenesteloven som forvaltes av sosialkontortjenesten med vekt på forvaltning av økonomisk sosialhjelp/arbeidsrettede tiltak, rehabiliteringsoppgaver, råd og veiledning overfor personer med helsemessige og sosiale problemer. Forsøket vil inngå som et element både i den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten og i satsingen på kompetansehevende tiltak i forbindelse med gjennomføring av reformen med en ny arbeids- og velferdsforvaltning. Det vises for øvrig til omtale i kap. 621 post 63/21 i St.prp. nr.1 (2005–2006) for Arbeids- og sosialdepartementet.

Fengsels og prostitusjonsprosjekt

Fengsels- og prostitusjonsprosjektene mottok i 2005 en samlet ramme på 7 mill. kroner. Tilskudd til Oslo kommune for samarbeid med Bretvedt fengsel, Tyrilistiftelsen og Oslo fengsel om rehabilitering av innsatte rusmiddelmisbrukere videreføres. Det samme gjelder tilskudd til Oslo kommunes nasjonale kompetansesenter for prostitusjon (PRO-senteret). Tiltak for rehabilitering av innsatte i Trondheim fengsel og Bergen fengsel ble satt i gang av Sosial- og helsedirektoratet i 2003 og videreføres i 2006. I disse prosjektene samarbeider fengselstjenesten med den kommunale sosialtjenesten med sikte på integrering i samfunnslivet.

«Flink med folk»

Helse- og omsorgsdepartementet, KS og Sosialhelsedirektoratet samarbeider om en 4-årig satsing på ledelse og kvalitetsutvikling innenfor den kommunale helse- og sosialtjenesten. Satsingen kalles «Flink med folk» og ble innledet i 2002. Det vises til omtale i kap. 761 post 60.

Post 79 Andre tilskudd, kan benyttes under post 21

Når det gjelder bruk av midlene på denne bevilgningen, vises til nærmere omtale under post 21.

Programområde 30 Stønad ved helsetjenester

Folketrygdens stønad ved helsetjenester (kapittel 5 i folketrygdloven) har som overordnet mål å gi befolkningen i alle deler av landet god tilgang til effektiv medisinsk behandling ved å dekke utgifter til helsetjenester. Folketrygdens ansvar omfatter i hovedsak stønad ved helsetjenester utenfor institusjon. Pleietjenester og forebyggende tjenester finansieres i utgangspunktet ikke av folketrygden.

Kommunene har ansvaret for primærhelsetjenesten og de regionale helseforetakene for spesialisthelsetjenesten. Foruten det ansvarlige forvaltningsnivåets egenfinansiering av tjenestene, bidrar folketrygden og pasientene til finansieringen av en del tjenester gjennom refusjoner og egenandeler.

I spesialisthelsetjenesten omfatter folketrygdens finansieringsansvar bl.a. private laboratorier og røntgeninstitutt, praktiserende legespesialister og spesialister i klinisk psykologi. I kommunehelsetjenesten omfatter finansieringsansvaret bl.a. allmennlegetjenesten og fysioterapitjenesten.

Enkelte tjenester finansieres fullt ut av folketrygden og pasientene. Det gjelder bl.a. legemidler og sykepleieartikler på blå resept.

Folketrygden kan også gi bidrag til dekning av utgifter til visse helsetjenester når utgiftene ellers ikke dekkes etter folketrygdloven eller andre lover. Det gjelder bl.a. legemidler på hvit resept og tannhelsetjenester overfor definerte pasientgrupper.

Det finnes to ordninger med utgiftstak for betaling av egenandeler. Når utgiftstaket er nådd, slipper pasienten å betale fastsatte egenandeler for de tjenestene som omfattes resten av kalenderåret. Egenandelstak 1 gjelder utgifter til legehjelp, psykologhjelp, laboratorieprøver, radiologi, legemidler og sykepleieartikler på blå resept og reiser til behandling. Egenandelstak 2 omfatter fysioterapi, refusjonsberettiget tannbehandling, opphold i opptreningsinstitusjon og behandlingsreiser til utlandet (klimareiser).

Trygdeetaten

Legemidler

Departementet har i St.meld. nr. 18 (2004–2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk gitt en samlet fremstilling av sentrale utfordringer i legemiddelpolitikken. Forskrivning og bruk av legemidler, tilgjengelighet til legemidler, refusjonssystemets utforming og legemiddelpriser er sentrale temaer. Meldingen fokuserer på hvordan forholdene kan legges til rette for riktigere og mer effektiv legemiddelbruk. Berørte organisasjoner og aktører har gitt omfattende innspill til meldingen.

Departementet arbeider med en rekke tiltak som kan bedre legenes kunnskap om og etterlevelse av refusjonsvilkår for blå resept. Ett slikt tiltak er Blåreseptprosjektet, i regi av Rikstrygdeverket. I 2004 ble det kontrollert om lag 3000 forskrivninger på blå resept, og i 2005 er det planlagt å kontrollere om lag 4200 forskrivninger. I løpet av 2004 og 2005 vil prosjektet til sammen ha kontrollert forskrivningen på utvalgte refusjonspunkt til 1/5 av alle praktiserende leger i Norge. Kontrollene har, så langt, avdekket en høy andel brudd på regelverket.

Et annet tiltak er innføring av elektroniske resepter (eResept). Det ble bevilget midler til oppstart av gjennomføringsprosjektet for eResept i 2005. Prosjektet involverer mange ulike aktører, og Sosial- og helsedirektoratet har fått ansvaret for gjennomføringen. Det tas sikte på at eReseptløsningen skal kunne tas i bruk i løpet av vinteren 2007/2008.

Myndighetene ønsker å målrette refusjoner bedre. Dette innebærer at pasienter som har tilfredsstillende effekt av et legemiddel i forhold til prisen, skal få utgiftene refundert, mens det ikke gis refusjon hvis det er et misforhold mellom kostnader og effekt. Det har vært en sterk økning i antallet individuelle søknader til trygdeetaten, og dette har resultert i økt saksbehandlingstid. For å motvirke denne utviklingen ble det i 2005 bevilget midler til midlertidige stillinger i Trygdeetaten. Rikstrygdeverket har i tillegg iverksatt flere tiltak for å sikre raskere saksbehandlingstid og god kvalitet i saksbehandlingen.

Modernisering

I 2005 innføres bytte av fastlege på internett. Tjenesten er tilgjengelig på trygdeetatens internettsider, trygdeetaten.no, men legges også ut med lenke fra MinSide.no. I denne løsningen kan bru-

keren se hvem som er hans/hennes fastlege, hvilke fastleger som har ledig plass på sine lister, og man kan bytte fastlege for seg selv og eventuelle barn direkte på internett. Byttet oppdateres umiddelbart i fastlegeregisteret, og det sendes melding tilbake til brukeren om at byttet er godkjent.

Trygdeetaten ved Trygdeetatens oppgjørsorganisasjon har ansvar for kontroll og utbetaling av oppgjør til behandlere mv. De større gruppene av behandlere og tjenesteytere (leger, poliklinikker, apotek, ortopediske verksteder og private laboratorier og røntgeninstitutter) sender inn oppgjør som blir kontrollert i egne kontrollsystemer. Viktige områder som fysioterapi-, psykolog- og transportøroppgjør har i dag ingen automatiserte kontroller, og liten grad av IKT-støtte. Kontrollene som utføres i eksisterende kontrollsystemer er begrenset til i hovedsak logiske kontroller (rett verdi for rett takst, ulovlige takstkombinasjoner etc.), og programmene kommuniserer ikke med andre systemer.

Trygdeetaten er i ferd med å etablere en ny standardløsning som støtter elektronisk innsending, mottak, kontroll og saksbehandling gjennom prosjektet «Elektronisk løsning behandleroppgjør». I løpet av 2005 vil standardløsningen være på plass og være tilpasset legeoppgjør, og trolig også poliklinikkoppgjør. I og med at de store grunninvesteringene i infrastruktur vil være foretatt i løpet av 2005, vil det å kople nye tjenesteytere på løsningen være mindre kostnadskrevende. Rikstrygdeverket har som satsingsområde å gradvis innfase alle større behandlergrupper og tjenesteytere, i første rekke fysioterapeuter, psykologer og apotek, i den nye standardløsningen.

Kontrollen i den nye generasjonen kontrollsystemer vil innebære at programmene foretar de logiske kontrollene, og at tid frigjøres til analytisk kontrollarbeid basert på risikoanalyser. De nye kontrollprogrammene er et virkemiddel i den analytiske kontrollen, gjennom oppkopling til aktuelle registre mv. som muliggjør en målrettet kontrollvirksomhet. Den elektroniske kontrollen vil fange opp og melde fra om avvik som bør/må ses nærmere på av saksbehandler.

Programkategori 30.10 Spesialisthelsetjenester m.v.

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006	Pst. endr. 05/06
2711	Spesialisthelsetjenester mv.	3 114 489	2 984 409	2 498 000	-16,3
	Sum kategori 30.10	3 114 489	2 984 409	2 498 000	-16,3

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006	Pst. endr. 05/06
70–89	Andre overføringer	3 114 489	2 984 409	2 498 000	-16,3
	Sum kategori 30.10	3 114 489	2 984 409	2 498 000	-16,3

De regionale helseforetakene skal sørge for nødvendige spesialisthelsetjenester til befolkningen. Folketrygden bidrar til finansiering av tjenestene gjennom å yte refusjon for undersøkelse og behandling hos privatpraktiserende legespesialist, spesialist i klinisk psykologi og for privat laboratorie- og røntgenvirksomhet. Kategori 30.10 omfatter også refusjoner til undersøkelse og behandling hos tannlege.

Kap. 2711 Spesialisthelsetjenester mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
70	Refusjon spesialisthjelp	1 032 294	1 046 000	1 085 000
71	Refusjon psykologhjelp	176 792	178 000	168 000
72	Refusjon tannlegehjelp	573 908	660 000	705 000
76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	702 722	498 000	420 000
78	Opptreningsinstitusjoner m.fl.	628 773	602 409	120 000
	Sum kap 2711	3 114 489	2 984 409	2 498 000

Post 70 Refusjon spesialisthjelp

Hovedtrekk ved regelverket

Folketrygden dekker utgifter til legehjelp hos privatpraktiserende legespesialister som har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak. Utgiftene dekkes etter forskrift gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i medhold av folketrygd-

loven § 5-4, jf. omtale under kap. 2755 post 70. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til legetjenester ved sykdom eller mistanke om sykdom, ved skade eller lyte og ved svangerskap og fødsel.

De regionale helseforetakene har ansvar for å gi befolkningen i helseregionen tilbud om nødvendig undersøkelse og behandling hos legespesialist. Tjenestene finansieres ved driftstilskudd fra foretakene, stykkprisrefusjoner fra folketrygden og egenandeler fra pasientene.

Pasienten skal som hovedregel betale egenandel. Denne utgjør differansen mellom legens honorar og trygdens refusjonsbeløp. I visse tilfeller skal det ikke betales egenandel. Dette gjelder bl.a.:

- ved kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel,
- ved skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade
- ved behandling av barn under 7 år og psykoterapeutisk behandling av barn og ungdom under 18 år
- ved undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Det er et vilkår for refusjon fra trygden at legespesialisten har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak. Enkelte unntak fra dette framgår av forskrift til folketrygdloven § 5-4.

Det er begrensninger i retten til stønad for personer som kommer til hos legespesialist uten å ha henvisning fra annen lege. Pasienten kan i slike tilfeller avkreves en forhøyet egenandel, og legens bruk av takster er innskrenket.

Resultatrapport

Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende spesialister 2003 og 2004:

(i mill. kroner)

	2003	2004	Endring i pst.
Spesialister med avtale	1 058,6	1 003,8	-5,2
Spesialister uten avtale	32,0	28,5	-11,0
Legeerklæringer	51,3	0,0	-100,0
Sum kap. 2711, post 70	1 141,9	1 032,3	-9,6

Nedgangen i refusjonsutgifter fra 2003 til 2004 skyldes egenandelsøkninger per 1. juli 2003 og 1. januar 2004 og en omfordeling av midler fra refusjoner til driftstilskudd ved takstoppgjørene i 2003 og 2004. Fra 2004 er trygdens utgifter til legeerklæringer flyttet til kap. 2652 post 71 under Arbeids- og sosialdepartementet.

Saldert budsjett for 2005 var 1 046 mill. kroner inkludert en egenandelsøkning på 8 prosent per 1. juli 2005. Takstoppgjøret for leger per 1. juli 2005 resulterte samlet sett i en videreføring av gjeldende honorartakstnivå. For legespesialistene innebar oppgjøret en reduksjon i takstene på 16 mill. kroner og for fastleger og legevakt en økning på 16 mill. kroner, jf. kap. 2755 post 70.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2006

Barn under 7 år er fritatt for egenbetaling for helsetjenester. Det foreslås å utvide fritaket til å omfatte barn under 12 år fra 1. januar 2006. Det regnes med merutgifter på 30 mill. kroner under denne posten.

For 2006 foreslås bevilget 1 085 mill. kroner.

Post 71 Refusjon psykologhjelp

Hovedtrekk ved regelverket

Utgifter til psykologhjelp hos privatpraktiserende spesialist i klinisk psykologi dekkes etter forskrift gitt i medhold av folketrygdloven § 5-7. Med visse unntak er det er et vilkår for refusjon at psykologen har driftsavtale med regionalt helseforetak. Det er også et vilkår at pasienten er henvist fra lege eller fra leder ved barnevernsadministrasjon. Dette gjelder likevel ikke for inntil tre utredende undersøkelser eller samtaler.

Stønaden ytes etter fastsatte takster. Dette innebærer vanligvis at pasienten må betale en egenandel. Ved behandling av barn og ungdom under 18 år, ved HIV-infeksjon og ved visse former for krisepsykologisk behandling er pasienten fritatt fra å betale egenandel.

Resultatrapport

Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende psykologer i 2003 og 2004:

(i mill. kroner)

	2003	2004	Endring i pst.
Psykologer med avtale	180,6	164,8	-8,8
Psykologer uten avtale	13,7	10,8	-21,3
Avsetning til fond	1,7	1,2	-27,6
Sum kap. 2711, post 71	196,0	176,8	-9,8

Nedgangen i refusjonsutgifter fra 2003 til 2004 skyldes egenandelsøkninger per 1. juli 2003 og 1. januar 2004 og en omfordeling av midler fra refusjoner til driftstilskudd ved takstoppgjørene i 2003 og 2004.

Saldert budsjett for 2005 var på 178 mill. kroner inkludert en egenandelsøkning på 8 prosent per 1. juli 2005. Takstoppgjøret for psykologer per 1. juli 2005 resulterte i en videreføring av gjeldende honorartakstnivå.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2006

For 2006 foreslås bevilget 168 mill. kroner.

Post 72 Refusjon tannlegehjelp

Hovedtrekk ved regelverket

Utgifter til tannlegehjelp dekkes etter forskrift gitt i medhold av folketrygdloven § 5-6.

Folketrygden yter stønad til undersøkelse og behandling som utføres av tannlege ved tannsykdommer, munnsykdommer og kjevesykdommer. Dette gjelder blant annet operative inngrep, periodontittbehandling, rehabilitering av tannsett i de tilfeller tenner er tapt som følge av periodontitt, og kjeveortopedi (tannreguleringer). Med unntak for rehabilitering av tannsett og kjeveortopedi inngår refusjonsberettiget behandling i egenandelstak 2-ordningen, jf. kap. 2752 post 71. I familier med to eller flere søsken med behov for kjeveortopedi, økes den prosentvise refusjonen fra og med det andre barnet (søskenmoderasjon).

Folketrygden gir full refusjon etter fastsatte takster ved behandling hos tannlege for yrkesskade som går inn under folketrygdloven kap. 13. Det samme gjelder ved tannlegehjelp for personer med sjeldne medisinske tilstander når det er dokumentert en sammenheng mellom tilstanden og den reduserte tannhelsen.

Det er utarbeidet mønsteravtale for direkte oppgjør mellom tannlege og trygdekontor. Direkte oppgjør med trygdeetaten er særlig aktuelt for noen grupper tannleger (kjeveortopeder, periodontister, oralkirurger og protetikere). Hensikten med direkte oppgjør er at pasienten skal slippe å legge ut for den delen av tannlegehonoraret som trygden refunderer.

Resultatrapport

Utgiftene til tannlegehjelp var 573,9 mill. kroner i 2004, en økning på 39,4 prosent fra året før. Den sterke veksten har sammenheng med at Stortinget ved behandlingen av 2003-budsjettet vedtok å styrke tannlegerefusjonene med 140 mill. kroner på årsbasis. Av dette var 50 mill. kroner øremerket innføring av refusjon for rehabilitering av tannsett i de tilfeller tenner er tapt som følge av periodontitt. Stønadsordningen ble etablert fra 1. oktober 2003, men det ble ikke utbetalt refusjoner til formålet i 2003. I 2004 var utgiftene 12,9 mill. kroner. Justeringer i regelverket i løpet av 2004 har medført at utgiftene i 2005 antas å komme opp i 35–40 mill. kroner, og at det forutsatte utgiftsnivået på 50 mill. kroner oppnås i 2006.

Fra 1. juli 2004 er det opprettet takster for kirurgisk implantatbehandling i forbindelse med rehabilitering av tannsett ved offentlige poliklinikker, jf. St.prp. nr. 63 (2003–2004), og vel 2 mill. kroner er overført fra denne posten til kap. 732 post 77. Dette gir en bedre geografisk spredning av tilbudet. Egenbetalingen vil være på tilsvarende nivå som ved behandling hos spesialist utenfor sykehus. Sosial- og helsedirektoratet har foreslått endringer i kvalifikasjonskrav til tannleger som utfører implantatbehandling og implantatforankret protetisk behandling med refusjon fra folketrygden. Aktuelle endringer vil tre i kraft fra 1. januar 2006. Endringene innebærer ingen konsekvenser for rettigheter til trygderefusjon.

Fra 1. juni 2004 ble refusjonsordningen for kjeveortopedi lagt om til stykkpristakster. Omleggingen medførte en engangsutgift på om lag 40 mill. kroner som følge av nedbygging av restanser i før-

ste halvår 2004. Fra 1. juni 2004 har også tannpleier fått rett til å henvise til kjeveortoped.

Saldert budsjett for 2005 var 660 mill. kroner.

Utfordringer og hovedprioriteringer

13. mars 2004 ble det nedsatt et utvalg som hadde som mandat å vurdere det offentlige engasjementet på tannhelsefeltet. Utvalget la fram sin innstilling 16. juni 2005, og rapporten er sendt på høring med frist 1. november 2005. Departementet vil komme tilbake til oppfølging som egen sak senere, se omtale under kapittel 727 post 21.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2006

For 2006 foreslås bevilget 705 mill. kroner.

Post 76 Private laboratorier og røntgeninstitutt

Hovedtrekk ved regelverket

Private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt inngår i det samlede tilbudet av spesialisthelsetjenester som et supplement og korrektiv til det statlige tilbudet. Utgiftene dekkes etter forskrift gitt av departementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-5. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til undersøkelse og behandling ved privat laboratorium eller røntgeninstitutt. Hovedvilkåret for refusjon er at det dreier seg om nødvendig undersøkelse eller behandling på grunn av sykdom eller mistanke om sykdom. Stønad til laboratorier ytes etter fastsatte takster. Til røntgeninstitutt ytes refusjon etter fastsatt refusjonssystem.

Det er en målsetning at takst- og refusjonssystemet skal bidra til en mest mulig effektiv utnyttelse av de samlede ressursene i helsesektoren. Fra 1. september 2005 er folketrygdloven § 5-5 endret slik at det kun ytes stønad til dekning av utgifter til prøver, undersøkelser og behandling som er omfattet av avtale mellom laboratorie- og røntgenvirksomhet og regionalt helseforetak. Det kan likevel kreves refusjon utover eventuelle volumbegrensninger i avtalene. Det er et vilkår for refusjon at laboratorieundersøkelser er rekvirert av lege eller tannlege. Undersøkelser ved røntgeninstitutt må være rekvirert av lege, tannlege eller kiropraktor.

Resultatrapport 2004

Refusjonstakstene for laboratorie- og røntgenvirksomhet ble nominelt videreført i 2004. Alle refusjonstakster ble korrigert som følge av økningen av egenandeler fra 1. januar 2004.

Det kodeverksbaserte refusjonssystemet for radiologi ble noe endret fra 1. januar 2004 etter forutgående høring. En feil i datamaterialet medførte vanskeligheter med å bestemme korrekt enhetspris i forhold til forutsetningene. Det vises i denne anledning til omtale i St.prp. nr. 63 (2003–2004).

Gjennom behandlingen av St.prp. nr. 63 (2003–2004) ble refusjonene til laboratoriene og røntgeninstituttene nedjustert med 7 pst. fra 1. juli 2004 på bakgrunn av den høye veksten i utbetalingene på dette området.

Den samlede veksten i utgiftene for laboratorier og røntgeninstitutt var 8,9 pst. i 2004. Regnskapet viser at det ble utbetalt 277 mill. kroner til private laboratorier, en nedgang på 4,2 pst. i forhold 2003. Utbetalingene til røntgeninstituttene økte til 425 mill. kroner, dvs. 19,4 pst. mer enn i 2003. Utgiftsveksten skyldes en kombinasjon av aktivitetsøkning og glidning mot bruk av mer kostnadskrevende former ved diagnostisering (MR-undersøkelser).

Regnskapsførte utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt 2002–2004:

(i mill. kroner)

År	Refusjon laboratorier	Pst. endring	Refusjon røntgen	Pst. endring	Totalt	Pst. endring
2002	236	-1,3	315	53,7	551	23,8
2003	289	22,5	356	12,8	645	17,0
2004	277	-4,2	425	19,4	703	8,9

Tilstandsvurdering 2005

Alle refusjonstakster ble prisjustert med 3,4 pst. fra 1. januar 2005. Egenandelene ble økt med 8 pst. fra 1. juli 2005.

Refusjonssystemet for poliklinisk radiologisk virksomhet er kodeverksbasert. I St.prp. nr. 1 (2004– 2005) ble det varslet at Helse- og omsorgsdepartementet tok sikte på å iverksette endringer i systemet fra 1. januar 2005. Beregningene viste at

endringene ville innebære for store omfordelingseffekter for enkelte private røntgeninstitutter, og departementet fant det derfor ikke tilrådelig å foreta omleggingen fra 1. januar 2005. På denne bakgrunn har Rikstrygdeverket utført et kontrollopplegg der utbetalingsgrunnlaget for 2004 er gjennomgått.

Refusjonssystemet for poliklinisk radiologi er i 2005 blitt evaluert av Sosial- og helsedirektoratet og er sendt på høring.

Som en oppfølging av St.meld. nr. 5 (2003–2004), har Stortinget vedtatt å halvere satsene for refusjoner til laboratorie- og røntgenvirksomhet fra 1. september 2005. Formålet med endringene i finansieringsordningen for private laboratorie- og radiologitjenester er at de regionale helseforetakene skal få økt ansvar og bedre mulighet til å planlegge og prioritere det samlede tilbudet av laboratorie- og radiologitjenester innen egen helseregion. Dette innebar at 93 mill. kroner er flyttet fra kap. 2711 post 76 til kap. 732 postene 71–75.

Fra 1. juli 2005 ble det innført refusjonstakst for testing for Human papiloma virus (HPV) for offentlige og private laboratorier.

Til og med juli 2005 har utbetalingene over posten økt med 12,8 pst. i forhold til samme periode i 2004, fordelt med en vekst på 4,7 pst. for laboratoriene og 19,3 pst. for røntgeninstituttene.

Budsjettforslag for 2006

I forbindelse med satsreduksjonen for refusjoner innen laboratorie- og røntgenvirksomhet fra 1. september 2005 ble det overført midler svarende til satsreduksjonen til regionale helseforetaks basisbevilgning, jf. omtale i St.prp. nr. 65 (2004–2005). I budsjettforslaget for 2006 er det lagt til grunn at helårsvirkningen av satsreduksjonen på 277 mill. kroner flyttes til regionale helseforetaks basisbevilgning. Det vises til nærmere omtale under kap. 732 post 77.

Barn under 7 år er fritatt for egenbetaling for helsetjenester. Det foreslås å utvide fritaket til å omfatte barn under 12 år fra 1. januar 2006.

For 2006 foreslås bevilget 420 mill. kroner til private laboratorier og røntgeninstitutt. I forslaget ligger det inne en underregulering som er begrunnet med den sterke veksten i refusjoner. Det vises til tilsvarende forslag for offentlige laboratorie- og røntgenvirksomhet under kap. 732 post 77.

Post 78 Opptreningsinstitusjoner m.fl.

Hovedtrekk ved regelverket

Folketrygden dekker utgifter til opphold ved opptreningsinstitusjoner, helsesportsentre mv. og lungesykehusene Glittreklinikken og Granheim Lungesenter med hjemmel i folketrygdloven § 5-20. Posten omfatter også bidrag til dekning av utgifter til opphold ved Montebello-Senteret, opphold for krigspensjonister ved Krigsinvalidehjemmet Bæreia og rekreasjonsopphold ved institusjoner for blinde og svaksynte med hjemmel i folketrygdloven § 5-22. Midler til CatoSenteret omfattes også av bevilgningen. Krigsinvalidehjemmet Bæreia er overtatt av Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke.

Fra og med 2003 har det pågått en gradvis overføring av finansieringsansvar og bestilleransvar for opptreningsinstitusjoner, helsesportsentre og lungesykehus til de regionale helseforetakene. Dette innebærer en gradvis tilpasning til øvrig spesialisthelsetjeneste i løpet av en overgangsperiode. Deler av støtten utbetales som basistilskudd til den enkelte institusjon fra de regionale helseforetakene. I 2005 er helseforetakenes finansieringsandel 40 prosent og trygdens andel 60 prosent.

Det er fastsatt en egenandel på 120 kroner per døgn ved opptreningsinstitusjonene og CatoSenteret.

Resultatrapport 2004

Utgiftene til opptreningsinstitusjoner, helsesportsentre mv., lungesykehusene, Montebello-Senteret, Krigsinvalidehjemmet Bæreia og institusjoner for blinde og svaksynte var 628,8 mill. kroner i 2004. I dette beløpet er inkludert midler til CatoSenteret.

I tillegg ble det bevilget 352,5 mill. kroner til opptreningsinstitusjoner, helsesportsentra mv. og lungesykehus over kap. 732 post 70 Tilskudd til helseforetakene. Disse midlene ble overført til den enkelte institusjon som en basisbevilgning.

Ved årsskiftet 2004/05 var det 2093 godkjente plasser i opptreningsinstitusjoner. Det var 204 godkjente plasser i helsesportsentre mv. og 136 plasser i lungesykehusene.

Avtalen med CatoSenteret ble videreført i 2004. For 2004 var den økonomiske rammen totalt 19 mill. kroner.

Status 2005

I 2005 blir 40 pst. av overføringene til opptreningsinstitusjonene m.v. gitt som et basistilskudd via de regionale helseforetakene. For lungesykehusene dekker Helse Øst 40 pst. av budsjettrammen i 2005. Helse Øst overfører 30 pst. av den totale budsjettrammen som en basisbevilgning, og 10 pst. dekkes som tidligere i form av en kurpris.

Ved behandlingen av statsbudsjettet for 2005 uttalte sosialkomiteen, jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004–2005):

> «Flertallet mener at gjeldende finansieringsordning for 2004 bør videreføres i 2005. Dette vil da medføre at opptreningsinstitusjonene fra 2006 får hele sin finansiering gjennom de regionale helseforetakene. Flertallet legger til grunn at de regionale helseforetakene i 2005 forberedер avtaler med institusjonene om hvilke oppgaver institusjonene skal ha og prisen på tjenestene. Avtalene skal gjøres gjeldende fra 1. januar 2006. I en overgangsperiode bør det stilles krav om at regionale helseforetak inngår avtaler minst tilsvarende det beløp som er overført.»

Budsjettforslag og nye tiltak for 2006

Finansieringsmodellen for opptreningsinstitusjoner, helsesportsentre mv. og lungesykehus endres fra 2006, og bevilgningen til formålene overføres til de regionale helseforetakene. Regionale helseforetak skal inngå avtaler om kjøp av private opptrenings- og rehabiliteringstjenester, jf. kap. 732 post 70.

For opphold ved Montebello-Senteret, opphold for krigsinvalide ved Krigsinvalidehjemmet Bæreia og rekreasjonsopphold ved institusjoner for blinde og svaksynte, vil det bli ytt bidrag fra folketrygden som tidligere. Montebello-Tunet vil etter planen være i drift fra 2007, jf. St.prp. nr. 65 (2004–2005).

Ved overgang til ny finansieringsordning for opptreningsinstitusjonene m.v. vil regninger for en del opphold i 2005 først kommer til betaling i 2006. Den foreslåtte bevilgningen forutsettes også å dekke dette.

For 2006 foreslås bevilget 120 mill. kroner.

Programkategori 30.50 Legehjelp, legemidler m.v.

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006	Pst. endr. 05/06
2750	Syketransport m.v.	55 866			
2751	Legemidler mv.	8 966 378	9 689 000	9 006 000	-7,0
2752	Refusjon av egenbetaling	2 914 862	3 381 000	3 559 000	5,3
2755	Helsetjeneste i kommunene mv.	3 723 066	3 960 000	3 857 000	-2,6
	Sum kategori 30.50	15 660 172	17 030 000	16 422 000	-3,6

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006	Pst. endr. 05/06
60–69	Overføringer til kommuneforvaltningen	201 390	195 000	185 000	-5,1
70–89	Andre overføringer	15 458 782	16 835 000	16 237 000	-3,6
	Sum kategori 30.50	15 660 172	17 030 000	16 422 000	-3,6

Kap. 2750 Syketransport m.v.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
71	Skyssvederlag for leger m.v.	55 866		
	Sum kap 2750	55 866		

Budsjettpostene på dette kapitlet er fra 2004 flyttet til andre budsjettområder, se kap. 2755 postene 73 og 75 (kiropraktorbehandling og logopedisk og ortoptisk behandling) og kap. 732 postene 70 og 80 (skyssvederlag for leger mv., pasienttransport og oppholdsutgifter). Finansieringsansvaret for skyssvederlag for leger m.v. er fra 2004 overført til kommuner og regionale helseforetak, og for syketransport og oppholdsutgifter til regionale helseforetak. Utgiftene under post 71 i 2004 gjelder utgifter påløpt i 2003.

Kap. 2751 Legemidler mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
70	Legemidler	7 984 134	8 628 000	7 886 000
72	Sykepleieartikler	982 244	1 061 000	1 120 000
	Sum kap 2751	8 966 378	9 689 000	9 006 000

Post 70 Legemidler

Refusjonspolitiske mål

Refusjonsordningen for legemidler skal bidra til å nå følgende mål, jf. Ot.prp. nr. 29 (1998–1999) og Innst. O. nr. 52 (1999–2000) samt St.meld. nr. 18 (2004–2005) og Innst. S. nr. 197 (2004–2005):

- Refusjonsordningen skal sikre mest mulig *lik og enkel tilgang til effektive legemidler* for små og store pasientgrupper med dokumenterte behov for medikamentell behandling.
- Den skal gi samfunnet verdier for pengene, det vil si at fellesskapet skal refundere utgifter til legemidler som gir *sikker helsegevinst* for pasienten, og har *god effekt* i forhold til kostnadene. Det er viktig med *god kostnadsstyring* slik at en sikrer best mulig utnyttelse av de midler som bevilges.
- Refusjonsordningen skal stimulere til *ansvarlig og kostnadsbevisst forskrivning og bruk* av legemidler hos lege og pasient.
- Den skal medvirke til at individer med moderat og lav risiko for fremtidig sykdom, og hvor behandlingseffekten på individnivå er liten og/eller usikker, tar et størst mulig eget ansvar for egen helse. Det offentlige har først og fremst forpliktelser overfor pasienter med alvorlig sykdom eller høy risiko for sykdom, hvor det finnes effektive legemidler.
- Så langt mulig skal refusjonsordningen reflektere kunnskaper om gevinster og kostnader ved bruk av legemidler, basert på helseøkonomiske undersøkelser og vurderinger.
- Refusjonsordningen skal være *enkel å administrere og forstå*.
- Ordningen skal gi myndighetene anledning til å *fjerne medikamenter hvor det dokumenteres at nytten ikke står i forhold til kostnadene*.

Hovedtrekk ved regelverket

Offentlige utgifter til legemidler dekkes hovedsaklig etter folketrygdloven § 5-14 og § 5-15 med tilhørende forskrift (blåreseptforskriften). Regelverket skal sikre refusjon av utgifter for pasienter med alvorlig og kronisk sykdom eller med høy risiko for sykdom, hvor det er nødvendig med langvarig medikamentell behandling.

En rekke legemidler er forhåndsgodkjent for forskrivning på blå resept. Disse framgår av blåreseptforskriften § 4 og § 9, jf. legemiddelforskriften § 14-4. Refusjonskravet for legemidlene inntrer straks legen skriver en blå resept. For andre legemidler må trygdeetaten først ta stilling til refusjon gjennom en søknad fra pasientens lege. Refusjon er da hjemlet i blåreseptforskriften § 2 og § 10a. Pasienten har rett til å få dekket legemiddelutgiftene over blåreseptordningen når vilkårene i enten § 2, § 4, § 9 eller § 10a er oppfylt. For legemidler som ikke omfattes av blåreseptordningen, kan det søkes utgiftsdekning gjennom folketrygdloven § 5-22 (bidragsordningen), jf. kap. 2790 post 70.

Statens legemiddelverk skal alltid fatte vedtak som førsteinstans i saker hvor legemiddelindustrien har søkt om å få et legemiddel godkjent for refusjon. Departementet er klageinstans.

En særskilt nemnd, «blåreseptnemnda», skal i viktige saker kvalitetssikre det faglige beslutningsgrunnlaget som Legemiddelverket legger til grunn i sin avgjørelse av om et legemiddel skal godkjennes for refusjon etter § 9. Blåreseptnemnda har vært i funksjon siden våren 2004.

Egenbetaling

Pasienten betaler en egenandel på 36 prosent, men maksimalt 490 kroner per ekspedisjon for legemidler på blå resept i 2005. Barn under syv år og minstepensjonister betaler ikke egenandel. Egenandel betales heller ikke for legemidler som brukes ved yrkesskade eller krigsskade eller som refunderes i forbindelse med allmennfarlig smittsom sykdom.

Legemidler på blå resept omfattes av frikortordningen, jf. kap. 2752 post 70. Når egenandelene for legehjelp, psykologhjelp, legemidler og sykepleieartikler på blå resept og syketransport samlet overstiger 1585 kroner i 2005, får brukeren frikort, og ytterligere utgifter dekkes fullt ut av folketrygden.

Resultatrapport

Utgiftsutviklingen for trygden de siste 5 årene

År	Utgifter i millioner kr	Endring i millioner kr	Endring i prosent
2000	5 679	533	10,4
2001	6 193	514	9,1
2002	7 137	944	15,2
2003	7 274	137	1,9
2004	7 985	711	9,8

Som vist i tabellen, har folketrygdens utgifter til legemidler på blå resept økt sterkt de siste årene, men veksten det enkelte år varierer. Den svake utgiftsveksten fra 2002 til 2003 skyldes, i hovedsak, reduksjon av maksimalprisene på grunn av sterk norsk kronekurs. Fra 2003 til 2004 økte utgiftene med 9,8 prosent. Det skyldes blant annet en økning i maksimalprisene som følge av svekkelse av den norske kronekursen. I tillegg skyldes veksten i utgiftene i denne perioden en økning i forbruket av legemidler og refusjon av nye og dyrere legemidler som erstatter billigere legemidler i bruk.

Den maksimale egenandelen per ekspedisjon ble økt fra 450 til 490 kroner fra 1. januar 2005.

Refusjonskontrakter

Høsten 2004 inngikk Statens legemiddelverk refusjonskontrakter med to legemiddelprodusenter for diabeteslegemidlene Actos og Avandia. Intensjonen var at legemiddelprodusentene skulle bidra til at refusjon ble begrenset til pasienter som oppfylte de vilkårene som ble gitt for refusjon, jf. Ot. prp. nr. 88 (2002–2003).

Statens legemiddelverk skal analysere utviklingen i forbruket av disse legemidlene, basert på data fra reseptregisteret. På bakgrunn av denne gjennomgangen vil man kunne konkludere med hensyn til om avtalens forutsetninger er oppfylt.

Legemiddelverket vurderer løpende mulighetene for å innvilge refusjon på bakgrunn av inngåtte refusjonskontrakter.

Det skal evalueres om refusjonskontrakter er egnet for å målrette refusjon til pasientgrupper som er refusjonsberettiget. Eventuelle forbedringer av ordningen må vurderes etter en slik evaluering. Departementet vil redegjøre for status for dette arbeidet i budsjettet for 2007.

Tilsyn og kontroll av legens blåreseptforskrivning

I St.prp. nr. 1 (2004–2005) ble det bevilget 9 mill. kroner for at Rikstrygdeverket skulle øke kontrollen med legenes etterlevelse av refusjonsvilkårene. Det er på utvalgte områder avdekket brudd på reglene for forhåndsgodkjent refusjon. Rikstrygdeverket har fått i oppdrag å videreføre informasjons- og kontrollmetodikken som er utviklet og å implementere et kontrollsystem som omfatter de fleste legemidler som refunderes. Rikstrygdeverket arbeider også med å utvikle et bredere spekter av sanksjonsmuligheter overfor leger som bryter regelverket enn det en har i dag, jf. St.meld. nr. 18 (2004–2005).

Tiltak for å lette tilgjengeligheten av individuell refusjon

Ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2004–2005) ble det bevilget 18 mill. kroner til Rikstrygdeverket til en midlertidig styrking av etatens arbeid med behandling av individuelle refusjonssøknader på legemiddelområdet. Antall restanser (ubehandlede søknader) ble sterkt redusert fra juni 2004 til juni 2005. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid ble redusert fra om lag 5 til 2 uker i løpet av perioden.

Utfordringer og hovedprioriteringer

Oppfølging av stortingsmelding om legemiddelpolitikken

Legemiddelmeldingen fokuserer på at det må være klare vilkår for refusjon knyttet til hvert enkelt legemiddel og at vilkårene må oppdateres løpende. Det må videre være god informasjon til legene om vilkårene og kontroll av at vilkårene etterleves i forskrivningen. Målsettingen er riktig forskrivning av legemidler på refusjon, gitt de vilkårene som er satt for refusjonen.

Både Riksrevisjonen, Rikstrygdeverket og Statskonsult har påpekt mangler ved blåreseptord-

ningen med hensyn til riktig forskrivning. Undersøkelser i regi av Rikstrygdeverkets kontrollprosjekt indikerer at forbedringspotensialet for riktig forskrivning, og dermed riktigere bruk av refusjonsordningen, er betydelig. Som en oppfølging av legemiddelmeldingen, foreslår departementet å bevilge 10 mill. kroner blant annet til arbeid med dette under kap. 720, 725 og 750. Det er anslått en tilsvarende innsparing under kapittel 2751 post 70.

Trinnpris

Trinnprissystemet omfatter et utvalg legemidler med generisk konkurranse. Det vil si legemidler med byttbare alternativer. Ordningen innebærer at legemidlets pris reduseres i faste trinn i løpet av det første året etter at generisk konkurranse oppstår. Systemet ble innført 1. januar 2005. Det skal sikre lavere priser på byttbare generiske legemidler og trinnprissystemet ser så langt ut til å fungere etter intensjonen. Statens legemiddelverk leder en referansegruppe med representanter fra legemiddelforsyningskjeden som løpende vurderer opptak av nye legemidler og forbedringer av systemet. Ytterligere priskutt vil bli gitt for flere virkestoff som allerede inngår i systemet. Denne endringen anslås å gi en ekstra innsparing i 2006 på 35 mill. kroner. I løpet av 2006 vil legemidler som i dag har såkalt begrenset bytte, også bli vurdert i forhold til ordningen. Trinnprissystemet skal evalueres, og prisnivået på generiske legemidler i Norge vil sammenlignes med prisnivået i andre land. Departementet vil, senest i budsjettet for 2007, vurdere om ordningen kan forbedres ytterligere.

Foretrukket legemiddel

Ordningen med foretrukket legemiddel (jf. St.meld. nr. 18 (2004–2005)) er innført for behandling for høyt blodtrykk (ukomplisert hypertensjon) og for behandling med kolesterolsenkende legemidler. Ordningen innebærer at myndighetene, ut fra kunnskap som foreligger om legemidlene, angir hvilket legemiddel som skal være førstevalg innen en gitt behandling. Det er et vilkår for refusjon at legen forskriver det foretrukne legemidlet, men legen kan gjøre unntak av medisinske årsaker. For kolesterolsenkende legemidler er det anslått en innsparing på budsjettet for 2006 på 200 mill. kroner. Rikstrygdeverket og Statens legemiddelverk har fulgt opp tiltaket med informasjon og kontroll overfor legene. Etatene vil videreføre dette arbeidet i 2006 for å bidra til at legene etterlever ordningen.

Departementet arbeider for at foretrukket legemiddel innføres for allergi-legemidler (antihistaminer) fra 2006. Departementet anslår en innsparing på om lag 10 mill. kroner i 2006 og foreslår en tilsvarende innsparing under kap. 2751 post 70.

Videreføre forsøksordningen med anbud på gråsonelegemidler

I 2004 ble det iverksatt et forsøk med anbud på såkalte gråsonelegemidler. Med gråsonelegemidler menes legemidler som dels finansieres over folketrygden (blåresept) og dels av sykehusene selv. Anbudskjøp av legemidler brukt i sykehus er allerede etablert gjennom sykehusenes legemiddelinnkjøpssamarbeid (LIS). Anbud for gråsonepreparater som finansieres av folketrygden, er gjennomført av LIS på oppdrag fra Rikstrygdeverket.

For 2005 er det oppnådd en mindre rabatt gjennom anbudsordningen for gråsonelegemidler. Rikstrygdeverket og LIS har startet prosessen med å videreføre ordningen i 2006. Rikstrygdeverket har informert departementet om at tiltak må iverksettes for at ordningen skal fungere bedre. Dette innebærer blant annet bedre informasjon til apotekene og sykehuslegene for å gjøre ordningen mer kjent. Innsparingen knyttet til videreføring av ordningen er anslått til 17 mill. kroner. Det foreslås at bevilgningen reduseres tilsvarende.

Finansiering av legemiddelgruppen TNF-hemmere

Legemidler i gruppen TNF-hemmere (tumornekrosefaktor – hemmere) brukes i behandlingen av revmatiske sykdommer. Det er flere TNF-hemmere på markedet som i hovedsak kan erstatte hverandre i bruk. Legemidlet Remicade krever poliklinisk sykehusbehandling. Sykehusene må dels finansiere Remicade selv, ved bruk av basisbevilgningen, og dels blir utgiftene refundert gjennom tilleggsrefusjonsordninger som er etablert spesielt for dette legemiddelet (jf folketrygdloven § 5-15 (for leddgikt) og ordningen med innsatsstyrt finansiering (for Crohns sykdom)). De andre TNF-hemmerne kan pasientene ta selv. Disse legemidlene finansieres derfor fullt ut gjennom refusjon over blåreseptordningen, etter søknad fra lege (individuell refusjon etter blåreseptforskriften § 10a).

Felles for alle TNF-hemmerne er at pasientene i all hovedsak behandles av spesialister på sykehus. Forskjell i finansieringsordning for disse legemidlene, på grunn av ulik administrasjonsmåte, kan imidlertid påvirke sykehuslegens valg av legemiddel. Dette kan føre til en utilsiktet forbruksvridning mellom de enkelte legemidlene. Stortinget har påpekt dette i budsjettinnstillinger, jf. blant

annet Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004–2005), anmodningsvedtak nr. 123 av 8. desember 2004.

> «Stortinget ber om at dersom Statens legemiddelverks utredning angående legemiddelet Remicade gir grunnlag for å endre refusjonsvilkår legges saken frem for Stortinget med sikte på avklaring i Revidert Nasjonalbudsjett våren 2005».

I St.prp. nr. 65 (2004–2005) foreslo departementet at saken følges opp i sammenheng med en helhetlig gjennomgang av bruk av dyre legemidler i sykehus.

Ved behandlingen av St.prp.nr. 65 (2004–2005), jf Innst. S. nr. 240 (2004–2005) om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2005, vedtok Stortinget følgende, jf. anmodningsvedtak nr. 572 av 17. juni 2005:

> «Stortinget ber Regjeringen endre forskriften om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr under følgende paragraf gjeldende refusjon etter folketrygdloven § 5-15 – § 15 Legemiddelliste endres slik at det under vilkårene for refusjon under legemiddelet Remicade tilføyes ny bokstav c som skal lyde: Rikstrygdeverket kan når særlige grunner taler for det, godkjenne at det, etter søknad, ytes stønad også på andre indikasjoner for preparatet. Gjelder inntil en ny permanent ordning er på plass.»

Departementet mener det er viktig å etablere mest mulig nøytrale finansieringsordninger for angjeldende legemiddelgruppe, og legger vekt på å få til en permanent ordning for denne legemiddelgruppen så raskt som mulig. Det foreslås derfor at ansvaret for finansiering av TNF-hemmerne overføres til de regionale helseforetak fra 1. juni 2006. Innenfor sykehusene vil bruk av TNF-hemmere bli underlagt prioritering på linje med annen behandling. Det legges opp til å utvikle retningslinjer for bruk av TNF-hemmere som vil understøtte riktig prioritering, herunder hvilke pasienter som bør få slik behandling. For andre indikasjoner enn de som i dag omfattes av folketrygdlovens § 5-15 (leddgikt) og tilleggsrefusjon gjennom ordningen med innsatsstyrt finansiering (Crohns sykdom), dekker de regionale helseforetakene selv legemiddelkostnadene ved bruk av Remicade. Hvis man i perioden frem mot juni 2006 skulle innføre en midlertidig løsning i tråd med anmodningsvedtak nr. 572, vil det bety at midler måtte overføres fra sykehusene til trygdeordningen for en kortere periode. Samtidig måtte det etableres særskilte rutiner for ordningen som kun ville virke i en begrenset periode. Departementet finner en slik løsning svært uhensiktsmessig og foreslår derfor at det legges til rette for en permanent ordning der de regionale helseforetakene overtar finansieringsansvaret fra 1. juni 2006.

Nærmere om forslaget til ny permanent finansieringsordning

Som omtalt ovenfor, kan dagens ulike finansieringsordninger bidra til utilsiktet forbruksvridning mellom de enkelte legemidlene. Videre skal det påpekes at det, blant annet innenfor en ordning med tredjepartsfinansiering, er vanskelig å etablere reell priskonkurranse mellom patenterte legemidler, til tross for at disse langt på vei kan erstatte hverandre i bruk. Folketrygden dekker hele legemiddelkostnaden begrenset opp til legemiddelets maksimale pris fratrukket eventuell egenandel. Produsenten av Remicade, som sykehusene selv delvis finansierer, har gitt en rabatt på 9 prosent i 2005. Departementets vurdering er at finansieringsordningen som er etablert for legemidlene ikke stimulerer til reell priskonkurranse.

Behandling med TNF-hemmere er kostbar, anslagsvis 150 000 kroner per pasient, og legemiddelgruppen vokser rakst i omsetning. Samlet omsetning i 2005 anslås til 750 mill. kroner, en økning på 200 mill. kroner sammenlignet med utgiftene i 2004. Samlet omsetning i 2005 er tilstrekkelig til å behandle anslagsvis 5000 pasienter. Det faktum at behandlingen er meget kostbar stiller store krav til riktig prioritering. Finansieringsordningen som er etablert gir svake insentiver i forhold til riktig prioritering fordi kostnadene dekkes over blåreseptordningen (tredjepartsfinansiering).

Forslaget om å overføre finansieringsansvaret for alle TNF-hemmerne til de regionale helseforetakene tilsvarer i hovedsak finansieringsordningen i Danmark og Sverige. Departementet foreslår også at det settes i gang et arbeid for å utarbeide nasjonale retningslinjer for bruk av TNF-hemmere. Tall fra reseptregisteret tyder på at det er geografiske forskjeller i bruk. Etter departementets vurdering vil nasjonale retningslinjer sikre større geografisk likhet i bruk. Dette arbeidet vil utføres i samarbeid med relevante fagmiljøer. Budsjettet på kapittel 751 post 21 er foreslått styrket med 2 mill. kroner for å dekke utgiftene i forbindelse med dette arbeidet. Det tas sikte på at retningslinjene innføres i løpet av 2. halvår 2007.

Det overføres 404,2 mill. kroner til basisbevilgningen til de regionale helseforetakene til dekning av utgiftene til TNF-hemmerne fra 1. juni 2006.

Gjenstående beløp på folketrygden skal dekke utgifter til legemidler som er levert ut av apotek frem til utgangen av mai. Det er tatt hensyn til et tidsetterslep på anslagsvis en måned fra apotekene sender krav og fram til RTV har forestått utbetaling til apotekene. Midlene vil bli fordelt til de regionale helseforetakene etter faktisk bruk, basert på tall fra reseptregisteret og data fra tilleggsrefusjoner utløst gjennom ISF-systemet. Ved overføring av ansvaret har departementet lagt til grunn at de samlede utgiftene til TNF-hemmere øker til 910 mill. kroner i 2006. Prognosen for 2006 er utarbeidet på basis av forbruksutviklingen for legemidlene frem t.o.m. august 2005. Det forutsettes ikke innsparinger som følge av ansvarsoverføringen i budsjettet for 2006. Ved fastsettelse av det økonomiske opplegget for de regionale helseforetakene i 2007, vil departementet se hen til den faktiske forbruksutviklingen for disse legemidlene.

Departementet vil frem mot 1. juni 2006, i samarbeid med de regionale helseforetakene og andre berørte parter, arbeide med å etablere de administrative ordningene som følger av ansvarsoverføringen.

Saken er også omtalt under kap. 732.

Budsjettforslag for 2006

Barn under 7 år er fritatt for egenbetaling for helsetjenester. Det foreslås å utvide fritaket til å omfatte barn under 12 år fra 1. januar 2006. Det regnes med merutgifter på 60 mill. kroner.

Maksimal egenandel per resepekspedisjon foreslås økt fra 490 til 500 kroner fra 1. januar 2006. Dette anslås å gi en innsparing på 20 mill. kroner under denne posten.

For 2006 foreslås bevilget 7 886 mill. kroner.

Post 72 Sykepleieartikler

Hovedtrekk ved regelverket

Posten omfatter utgifter til spesielt medisinsk utstyr og forbruksmateriell som dekkes med hjemmel i folketrygdloven § 5-14.

Det kan ytes stønad til sykepleieartikler ved en rekke ulike sykdommer. De dominerende pasientgruppene er diabetikere (sukkersyke), stomipasienter (framlagt tarm) og pasienter med urininkontinens (urinlekkasje).

Sykepleieartikler forskrives av lege på blå resept på samme måte som legemidler. Pasientene betaler også egenandel etter samme regler som for legemidler, se omtale under post 70. Sykepleieartikler blir levert av apotek og bandasjister. Prisene fastsettes i stor grad gjennom prisforhandlinger.

Resultatrapport

Utgiftene til sykepleieartikler var på 982,2 mill. kroner i 2004, mot 1 060,6 mill. kroner i 2003, dvs. en nedgang på 7,4 prosent. Gjennom prisforhandlinger er prisene på en del produkter blitt noe redusert fra 2004. Det gjelder produktgruppene innenfor diabetes og inkontinens. Til sammen utgjorde dette en innsparing på mer enn 100 mill. kroner. Prisreduksjon på stomiprodukter utgjør en ytterligere innsparing fra og med 2005. Den maksimale egenandelen per resept ble økt fra 450 til 490 kroner fra 1. januar 2005.

Saldert budsjett for 2005 var 1 061 mill. kroner.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2006

Barn under 7 år er fritatt for egenbetaling for helsetjenester. Det foreslås å utvide fritaket til å omfatte barn under 12 år fra 1. januar 2006. Det regnes med merutgifter på 10 mill. kroner under denne posten.

Den maksimale egenandelen på blå resept foreslås økt fra 490 til 500 kroner fra 1. januar 2006.

For 2006 foreslås bevilget 1 120 mill. kroner.

Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
70	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1	2 896 562	3 341 000	3 471 000
71	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2	18 300	40 000	88 000
	Sum kap 2752	2 914 862	3 381 000	3 559 000

Post 70 Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1

Hovedtrekk ved regelverket

Ordningen med et årlig utgiftstak for egenandeler, egenandelstak 1, gjelder utgifter til legehjelp, psykologhjelp, viktige legemidler og sykepleieartikler og reiser i forbindelse med behandling. Når utgiftstaket er nådd, får medlemmet et frikort som innebærer at folketrygden gir full dekning av disse utgiftene resten av kalenderåret. Betalte egenandeler for barn under 16 år inngår sammen med egenandeler for en forelder i grunnlaget for frikort. Når taket nås, mottar barna og forelderen hvert sitt frikort.

For 2005 er utgiftstaket 1 585 kroner.

Resultatrapport

Utgifter til dekning av egenandeler i 2003 og 2004:

(i mill. kroner)

	2003	2004	Endring, pst.
Legehjelp	1 047,0	1 285,2	22,7
Psykologhjelp	73,8	88,8	20,4
Legemidler	1 091,6	1 087,2	-0,4
Syketransport	356,8	434,3	21,7
I alt	2 569,2	2 895,5	12,7

Økninger i egenandelene kombinert med en forholdsvis begrenset heving av utgiftstaket har ført til at refusjonsutgiftene i frikortordningen har økt sterkt de siste årene. Utgiftene er nesten firedoblet fra 1998 til 2004, fra 753 mill. kroner til 2 895 mill. kroner. I 2004 ble det utstedt 992 000 kort, mot 949 000 i 2003, ca. 290 000 i 1992 og knapt 140 000 i 1985–1987.

Nedgangen i refusjon av egenandeler for legemidler og sykepleieartikler på blå resept fra 2003 til 2004 skyldes en feilføring i 2003 av om lag 145 mill. kroner på denne posten i stedet for på kap. 2751 postene 70 og 72. Korrigert for dette økte utgiftene til refusjon av egenandeler på blå resept med ca. 15 prosent fra 2003 til 2004.

Saldert budsjett for 2005 er 3 280 mill. kroner.

Utfordringer og hovedprioriteringer

Ordningen med et årlig utgiftstak for egenandeler ble innført i 1984 med sikte på å skjerme storbrukere av helsetjenester. Antall utstedte frikort de første årene – 130–140 000 per år – gjenspeilte dette. Egenandelstaket tilsvarte 15-20 egenandeler for legehjelp og legemidler på blå resept. Sammenholdt med utviklingen i konsumprisindeksen er utgiftstaket i dag reelt sett på om lag samme nivå som i 1984, mens de egenandelene som inngår i ordningen er blitt vesentlig høyere i løpet av perioden. For eksempel tilsvarer utgiftstaket nå bare i overkant av tre maksimale egenandeler på blå resept på 490 kroner. Som følge av dette ble det utstedt 992 000 frikort i 2004.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2006

Barn under 7 år er fritatt for egenbetaling for helsetjenester. Det foreslås å utvide fritaket til å omfatte barn under 12 år fra 1. januar 2006. Det regnes med mindreutgifter på 195 mill. kroner under denne posten.

Egenandelstak 1 foreslås prisjustert til 1615 kroner for 2006. Det antas at dette vil medføre en reduksjon i utgiftene på 30 mill. kroner.

Det foreslås bevilget 3 471 mill. kroner for 2006.

Post 71 Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2

Hovedtrekk ved regelverket

Ordningen med et eget utgiftstak, egenandelstak 2, for visse tjenester som ikke inngår under egenandelstak 1, ble innført fra 1. januar 2003.

Takordningen omfatter egenandeler for følgende tjenester:

- fysioterapi
- refusjonsberettiget tannbehandling, med visse unntak
- opphold ved opptreningsinstitusjoner
- behandlingsreiser til utlandet (klimareiser).

Personer som i løpet av året har betalt egenandeler for de aktuelle tjenestene opp til utgiftstaket, får utstedt frikort som gir rett til full refusjon av utgifter til tjenestene resten av kalenderåret.

Utgiftstaket var 4500 kroner i 2003 og 2004, men ble redusert til 3500 kroner for 2005 for å oppnå en ytterligere skjerming av storbrukere av helsetjenester.

Resultatrapport

Utgiftene i 2004 ble 18,3 mill. kroner mot 7,2 mill. kroner i 2003. Korrigert for etterslep i utbetalingene, kom utgiftene i ordningens andre år opp i ca. 21 mill. kroner. Det ble i 2004 utstedt 6184 frikort. Nesten 39 prosent av frikortbrukerne var alders- og uførepensjonister, derav 8,5 prosent minstepensjonister. 74 prosent av frikortbrukerne hadde også frikort under egenandelstak 1-ordningen i 2004.

Saldert budsjett for 2005 er 40 mill. kroner.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2006

Det antas at egenandelsforslaget under fysioterapi, jf. kap. 2755 postene 62 og 71, vil innebære merutgifter på 35 mill. kroner under denne posten.

For 2006 foreslås bevilget 88 mill. kroner.

Kap. 2755 Helsetjeneste i kommunene mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
62	Tilskudd til fastlønnsordning fysioterapeuter, *kan nyttes under post 71*	201 390	195 000	185 000
70	Refusjon allmennlegehjelp	2 205 701	2 349 000	2 405 000
71	Refusjon fysioterapi, *kan nyttes under post 62*	1 214 994	1 317 000	1 105 000
72	Refusjon jordmorhjelp	27 698	18 000	36 000
73	Kiropraktorbehandling	22 786	26 000	54 000
75	Logopedisk og ortoptisk behandling	50 497	55 000	72 000
	Sum kap 2755	3 723 066	3 960 000	3 857 000

Kommunene skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-1. Kommunen skal bl.a. sørge for allmennlegetjeneste, herunder fastlegeordning og legevaktordning, fysioterapitjeneste og jordmorhjelp. Folketrygden yter stønad til disse tjenestene etter ulike takstsystem.

Post 62 Tilskudd til fastlønnsordning fysioterapeuter, kan nyttes under post 71

Bevilgningen gjelder tilskudd til kommuner med fastlønte fysioterapeuter. Bevilgningen kan nyttes under post 71, og må ses i sammenheng med denne, jf. omtale under post 71. Fastlønnstilskudd gis i stedet for stykkprisrefusjoner. Tilskuddet ytes etter forskrift fastsatt med hjemmel i folketrygdloven § 5-21. Egenandelene hos fastlønte fysioterapeuter er de samme som hos fysioterapeuter med driftsavtale, jf. post 71.

Utgiftene til fastlønnstilskudd for fysioterapeuter økte fra 182,4 mill. kroner i 2003 til 201,4 mill. kroner i 2004, det vil si med 10,4 prosent. Utgiftene varierer noe fra år til år som følge av tilfeldige variasjoner i tidspunktene for de halvårige oppgjørene. Saldert budsjett for 2005 var 195 mill. kroner inkludert en egenandelsøkning per 1. juli 2005 på 8 prosent.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2006

Det vises til egenandelsforslag under post 71. Under denne posten anslås forslaget å gi en innsparing på 25 mill. kroner (halvårsvirkning på grunn av etterslep i utbetalingene).

For 2006 foreslås bevilget 185 mill. kroner.

Post 70 Refusjon allmennlegehjelp

Hovedtrekk ved regelverket

Etter forskrift fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-4 ytes

godtgjørelse for undersøkelse og behandling hos lege. Det er et vilkår for refusjon fra folketrygden at allmennlegen har fastlegeavtale med kommunen eller deltar i kommunalt organisert legevakt. For fastleger med fastlønnsordning mottar kommunene refusjonene. Formålet med stønaden fra folketrygden er å gi hel eller delvis kompensasjon for utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade eller lyte, svangerskap og fødsel.

Fastlegeordningen finansieres ved basistilskudd fra kommunen per innbygger på legens liste, stykkprisrefusjoner fra trygden og egenandeler fra pasientene. Tilsvarende finansieres legevakttjenesten normalt ved beredskapsgodtgjøring fra kommunen, trygderefusjoner og egenandeler.

Refusjonstariffen følger det samme systemet som Normaltariff for leger, som fastsettes i forhandlinger mellom staten ved Arbeids- og sosialdepartementet, de regionale helseforetakene, Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening.

I visse tilfeller skal det ikke betales egenandel ved behandling. Dette gjelder bl.a.:

- ved kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel
- ved skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade
- ved behandling av barn under 7 år
- ved undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Posten omfatter også tilskudd til legers fellesformål (fondsavsetninger).

Resultatrapport

Utgifter til allmennleger 2003 og 2004:

(i mill. kroner)

	2003	2004	Endring, pst.
Allmennleger med avtale/fast lønn	1 909,6	1 756,2	-8,0
Allmennleger uten avtale	2,4	1,7	-30,8
Allmennleger, legevakt	380,4	324,6	-14,7
Legeerklæringer	234,5	0,0	-100,0
Avsetning til fond	145,2	123,1	-15,2
Sum kap. 2755 post 70	2 672,1	2 205,7	-17,5

Nedgangen i refusjonsutgifter fra 2003 til 2004 skyldes i hovedsak egenandelsøkninger per 1. juli 2003 og 1. januar 2004.

Utgiftene til både legevakt og fondsavsetninger var i 2003 påvirket av engangsutbetalinger på henholdsvis ca. 30 og 25 mill. kroner. Det forklarer mye av nedgangen i disse utgiftene fra 2003 til 2004. Trygdens utgifter til legeerklæringer er fra 1. januar 2004 flyttet til kap. 2652 post 71 Legeerklæringer under Arbeids- og sosialdepartementet.

Ved utgangen av 2004 var det registrert 3 778 fastlegeavtaler i kommunene, som er 41 flere enn ett år tidligere. I tillegg var det 99 vakante fastlegehjemler, en nedgang på 11. Ingen kommuner er lenger suspendert fra fastlegeordningen. To kommuner har ikke egen fastlege, men har avtale med nabokommuner om å tilby befolkningen fastlege. Fastlegeordningen er gjenstand for en omfattende evaluering. Det vises til omtale under kap. 724 post 21 Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten mv.

Saldert budsjett for 2005 var 2 349 mill. kroner, inkludert en egenandelsøkning på 8 pst. fra 1. juli 2005. Takstoppgjøret for leger per 1. juli 2005 resulterte samlet sett i en videreføring av gjeldende honorartakstnivå. For fastleger og legevakt innebar oppgjøret en økning i takstene på 16 mill. kroner og for legespesialister en reduksjon på 16 mill. kroner, jf. kap. 2711 post 70.

Utfordringer og hovedprioriteringer

Stortinget har ved behandling av St.prp. nr. 60 (2004–2005) Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2006 (kommuneproposisjonen) gjort følgende vedtak (anmodningsvedtak nr. 527):

> «Stortinget ber Regjeringen, som en del av redegjørelsen knyttet til kostnadsberegningen for organiseringen av det interkommunale legevaktsamarbeidet, som Regjeringen har varslet skal komme i statsbudsjettet for 2006, medta i redegjørelsen hvordan det kan utvikles statlige insentiver som bidrar til utvikling av interkommunalt legevaktsamarbeid der dette framstår

som geografisk hensiktsmessig og tjenelig for befolkningen.»

Helse- og omsorgsdepartementet har startet arbeidet med å få fram reelle kostnadsberegninger for ulike måter å organisere interkommunalt samarbeid om legevakt på kveld, natt og i helger. Departementet ser det som nødvendig å gjennomføre en undersøkelse i aktuelle kommuner om utgifter og inntekter knyttet til interkommunale legevaktsentraler. Statistisk sentralbyrå har våren 2005 etter oppdrag fra departementet gjennomført en forundersøkelse om kommunenes utgifter til interkommunalt legevaktsamarbeid. Formålet med undersøkelsen var å komme fram til et spørreskjema som kan benyttes i en hovedundersøkelse høsten 2005.

Resultatene fra forundersøkelsen viser at det er en utfordring å frembringe tall som kan benyttes til en helhetlig kostnadsanalyse.

Når resultatene fra hovedundersøkelsen foreligger, vil departementet kunne vurdere hvordan det kan utvikles eventuelle statlige insentiver som bidrar til utvikling av interkommunalt legevaktsamarbeid der dette framstår som geografisk hensiktsmessig og tjenlig for befolkningen. Departementet vil komme tilbake til saken i kommuneproposisjonen for 2007.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2006

Barn under 7 år er fritatt for egenbetaling for helsetjenester. Det foreslås å utvide fritaket til å omfatte barn under 12 år fra 1. januar 2006. Det regnes med merutgifter på 90 mill. kroner under denne posten.

For 2006 foreslås bevilget 2 405 mill. kroner.

Post 71 Refusjon fysioterapi, kan nyttes under post 62

Hovedtrekk ved regelverket

Utgiftene dekkes etter folketrygdloven § 5-8 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi. Forskriften angir bl.a. hvilke former for fysioterapi det kan gis stønad til, og de medisinske vilkår for stønad. Det er et vilkår for refusjon at fysioterapeuten har avtale om driftstilskudd med kommunen og at pasienten er henvist fra lege.

Honorartariffen fastsettes gjennom årlige forhandlinger mellom staten ved Arbeids- og sosialdepartementet, Kommunenes Sentralforbund og Norsk Fysioterapeutforbund. Hovedregelen er at pasienten selv skal betale differansen mellom fysioterapeutens honorar og trygdens refusjonsbeløp (egenandeler).

Enkelte pasienter betaler ikke egenandeler. Det gis godtgjørelse etter honorartakst ved nærmere angitte diagnoser, ved yrkesskade og for barn opp til 7 år.

Egenandeler ved fysioterapi inngår i ordningen med egenandelstak 2, jf. kap. 2752 post 71.

Tilskudd til kommuner med fastlønnsstillinger for fysioterapeuter føres opp under post 62. Dersom kommunene velger å ansette fysioterapeuter i fastlønte stillinger i stedet for å inngå driftsavtaler, vil dette i utgangspunktet resultere i en reduksjon i utgiftene på post 71, mot en økning på post 62. Bevilgningene kan derfor benyttes gjensidig under den andre posten.

Resultatrapport

Utgifter til privatpraktiserende fysioterapeuter i 2003 og 2004:

(i mill. kroner)

	2003	2004	Endring, pst.
Fysioterapeuter med avtale	1 234,1	1 174,8	-4,8
Fysioterapeuter uten avtale	22,3	16,2	-27,5
Avsetning til fond	22,5	24,0	6,9
Sum kap. 2755 post 71	1 278,9	1 215,0	-5,0

I 2003 ble oppgjørsordningen lagt om fra oppgjør per behandlingsserie til månedsvise oppgjør, og dermed raskere oppgjør for utført behandling. Det er anslått en engangsutgift på 70–80 mill. kroner i 2003 i denne forbindelse. Dette forklarer nedgangen i refusjonsutgiftene fra 2003 til 2004.

Saldert budsjett for 2005 var 1 317 mill. kroner inkludert en egenandelsøkning på 8 prosent per 1. juli 2005. Takstoppgjøret per 1. juli 2005 resulterte i en videreføring av gjeldende honorartakstnivå.

Utfordringer og hovedprioriteringer

Fra 1. september 2001 til 31. august 2003 ble det gjennomført en forsøksordning for kiropraktorer og fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi. Ved behandlingen av St.prp. nr. 65 (2004–2005) vedtok Stortinget å utvide ordningen til å gjelde hele landet, jf. omtale under post 73.

Omfanget av gratis fysioterapi på grunnlag av diagnoselisten i stønadsforskriftens § 3 har økt betydelig over en årrekke, og er nå på mer enn halvparten av behandlingsvolumet. Vridningen mot gratis behandling har medvirket til at refusjonsutgiftene fra 1999 til 2004 samlet økte med 70 prosent.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2006

For pasienter som faller inn under diagnoselisten som i dag gir rett til gratis behandling, foreslås innført en egenandel på 50 kroner per undersøkelse/behandling fra 1. januar 2006. Barn og yrkesskadde vil fortsatt ha rett til full dekning av utgiftene. Forslaget er anslått å gi en netto innsparing på 265 mill. kroner, fordelt med 275 mill. kroner under denne posten og 25 mill. kroner under post 62, samt merutgifter under kap. 2752 post 71 på 35 mill. kroner.

Barn under 7 år er fritatt for egenbetaling for helsetjenester. Det foreslås å utvide fritaket til å omfatte barn under 12 år fra 1. januar 2006. Det regnes med merutgifter på 20 mill. kroner under denne posten.

For 2006 foreslås bevilget 1 105 mill. kroner.

Post 72 Refusjon jordmorhjelp

Hovedtrekk ved regelverket

Utgifter til kontrollundersøkelser under svangerskap som utføres av jordmor dekkes etter folketrygdloven § 5-12 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp. Det er et vilkår for refusjon at jordmor har kommunal driftsavtale eller er ansatt i kommunen. Leger og jordmødre som utfører svangerskapskontroller i helsestasjon, utløser refusjon til kommunen etter sine respektive refusjonsordninger.

Nødvendige utgifter til jordmorhjelp ved fødsel utenfor institusjon dekkes også etter folketrygdloven § 5-12. Det er ikke vilkår om driftsavtale eller kommunal ansettelse for å få stønad til jordmorhjelp ved fødsel utenfor institusjon.

Resultatrapport

Utgiftene i 2004 ble 27,7 mill. kroner, inkludert refusjoner for svangerskapskontroller utført av lege i helsestasjon. Saldert budsjett for 2005 var 18 mill. kroner, avgrenset til kontroller utført av jordmor. Det regnes med utgifter på ca. 32 mill. kroner inkludert refusjoner til lege.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2006

For 2006 foreslås bevilget 36 mill. kroner.

Post 73 Kiropraktorbehandling

Hovedtrekk ved regelverket

Utgifter til behandling hos kiropraktor dekkes etter folketrygdloven § 5-9 og etter forskrift om stønad til dekning av utgifter til behandling hos kiropraktor.

Resultatrapport

Utgiftene til kiropraktorbehandling var 22,8 mill. kroner i 2004, mot 22,3 millioner kroner i 2003.

Utfordringer og hovedprioriteringer

Stortinget vedtok ved behandlingen av St.prp. nr. 65 (2004-2005) at ordningen for kiropraktorer og fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi som ble iverksatt 1. september 2001 i Vestfold, Hordaland og Nordland, skal utvides til en nasjonal og permanent ordning. Dette innebærer at krav om henvisning fra lege for trygderefusjon avvikles. De to personellgruppene får anledning til å henvise til spesialist og fysioterapeut og sykmelde pasienter for inntil 8 uker. Manuellterapeuter får rett til å rekvirere radiologiske undersøkelser på lik linje med kiropraktorer.

Forslag om endringer i gjeldende regelverk er sendt på offentlig høring høsten 2005. Departementet vil legge frem aktuelle lovendringer for Stortinget med sikte på at en nasjonal ordning kan implementeres fra 1. januar 2006. Inntil nødvendige lov- og forskriftsendringer er på plass, videreføres forsøksordningen i de tre nevnte fylkene.

Andre personellgruppers anmodninger om utvidede rettigheter for trygdens regning

Det vises til St.prp. nr. 1 (2004–2005) der det ble informert om at departementet har til vurdering flere henvendelser fra ulike personellgrupper om utvidede rettigheter, blant annet henvisningsrett

og rett til å sykmelde for psykologer og henvisningsrett for tannleger og optikere.

Departementet vil sende på høring forslag angående optikere og tannleger. Departementet legger til grunn at tannleger og optikere i stor utstrekning er primærkontakt, ved at de oppsøkes av pasienten direkte ved behov for undersøkelse eller vurdering. Eventuell henvisningsrett vil innebære at pasienten slipper å oppsøke allmennlege dersom de nevnte behandlere anser henvisning til legespesialist som nødvendig.

Forslag til prøveordning med henvisningsrett og rett til å sykmelde pasienter for psykologer er til vurdering i Helse- og omsorgsdepartementet og i Arbeids- og sosialdepartementet.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2006

Som følge av at forsøksordningen for manuellterapeuter og kiropraktorer utvides til en nasjonal og permanent ordning vil pasienter som oppsøker behandler direkte ha krav på trygderefusjon. Dette anslås å gi merutgifter på 30 mill. kroner på årsbasis.

Det foreslås bevilget 54 mill. kroner for 2006.

Post 75 Logopedisk og ortoptisk behandling

Hovedtrekk ved regelverket

Folketrygden dekker utgifter til behandling hos praktiserende logoped og audiopedagog med hjemmel i folketrygdloven § 5-10 og tilhørende forskrift. Videre dekkes utgifter til behandling hos privatpraktiserende ortoptist med hjemmel i lovens § 5-10a

Det er et vilkår for refusjon for logopedisk og audiopedagogisk behandling at det foreligger henvisning fra lege. Utgifter til behandling hos ortoptist dekkes når pasienten er henvist fra spesialist i øyesykdommer.

Resultatrapport

De samlede utgiftene økte fra 44,5 mill. kroner i 2003 til 50,5 mill. kroner i 2004, hvorav 2,3 mill. kroner gjaldt ortoptisk behandling . Det er bevilget 55 mill. kroner for 2005.

Utfordringer og hovedprioriteringer

De fleste logopediske og audiopedagogiske tiltak som dekkes etter folketrygdloven dekkes også med hjemmel i opplæringsloven. Folketrygdens ansvar har vært et rent finansieringsansvar. I 2003 var det 393 logopeder og 14 audiopedagoger som hadde oppgjørsavtale med trygden. Få av disse arbeidet i full stilling i privat praksis. Utdannings- og forskningsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet er enige om at kommunene har et ansvar for å yte logopediske og audiopedagogiske tjenester for dem som trenger det.

De to departementene arbeider med spørsmålet om finansieringsansvaret for logoped- og audiopedagogtjenestene.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2006

For 2006 forslås bevilget 72 mill. kroner.

Programkategori 30.90 Andre helsetiltak

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

1 278,9	1 215,0	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006	Pst. endr. 05/06
2790	Andre helsetiltak	464 610	486 000	563 000	15,8
	Sum kategori 30.90	464 610	486 000	563 000	15,8

Kap. 2790 Andre helsetiltak

(i 1 000 kr)

1 278,9	1 215,0	Regnskap 2004	Saldert budsjett 2005	Forslag 2006
70	Bidrag, lokalt	464 610	486 000	563 000
	Sum kap 2790	464 610	486 000	563 000

Post 70 Bidrag, lokalt

Hovedtrekk ved regelverket

Med hjemmel i folketrygdloven § 5-22 kan det ytes bidrag til dekning av utgifter til helsetjenester når utgiftene ikke ellers dekkes etter folketrygdloven eller andre lover.

Departementet har i forskrift gitt Rikstrygdeverket fullmakt til å fastsette retningslinjer for ytelse av bidrag.

De viktigste bidragsformålene målt etter utgiftenes størrelse er legemidler, tannbehandling og briller til barn.

Det kan ytes bidrag dersom utgiftene til det aktuelle formålet i løpet av kalenderåret overstiger 1600 kroner. Bidrag ytes som hovedregel med 90 pst. av de overskytende utgifter. Mange formål dekkes imidlertid fullt ut, uten nedre beløpsgrense.

Når det ytes bidrag til behandling, kan det også ytes bidrag til eventuelle nødvendige reise- og oppholdsutgifter.

Resultatrapport

Utgiftene økte fra 456 mill. kroner i 2003 til 465 mill. kroner i 2004, eller med 1,8 prosent. Årsaken til den lave utgiftsveksten er i hovedsak overføringen av ansvaret for insulinpumper med tilhørende forbruksmateriell til de regionale helseforetakene fra 1. januar 2004. Denne overføringen har, isolert sett, bidratt til en utgiftsnedgang på denne posten på 36 mill. kroner i 2004.

Av de største enkeltområdene innen bidragsordningen er det bidrag til tannbehandling som viser størst prosentvis vekst, med en økning på 23 prosent, fra 76 mill. kroner i 2003 til 94 mill. kroner i 2004.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2006

Fra 1. januar 2002 ble det åpnet for stønad til gratis p-piller for kvinner i alderen 16 til og med 19 år. Utgiftene over denne ordningen har økt kraftig siden 2002. I 2002 ble det refundert ca. 16 mill. kroner til p-piller, mens det i 2004 ble utbetalt ca. 25 mill. kroner. På bakgrunn av hensynet til kostnadseffektiv legemiddelbruk, dvs. ikke bruke legemidler som er dyrere enn nødvendig, og samtidig opp-

rettholde medisinskfaglig forsvarlighet, innføres en ordning med fast bidragssats for hormonelle prevensjonsmidler. Det tas sikte på at ordningen trer i kraft fra 1. januar 2006. Bidragssatsen beregnes på bakgrunn av de 5-6 billigste legemidlene. De legemidlene som har en kostnad under grensen blir gratis, mens kvinner som bruker prevensjonsmidler som er dyrere enn bidragssatsen, må betale mellomlegget selv. De fleste kvinnene vil imidlertid kunne slippe å betale mellomlegg som følge av at bidragssatsen sikrer en viss bredde i utvalget av gratis prevensjonsmidler. Ordningen utvides til å omfatte stønad for andre hormonelle prevensjonsmidler i tillegg til p-piller. Andre prevensjonsmidler omfatter bl.a. p-plaster, p-ring og p-sprøyte. Det anslås at ordningen gir en innsparing for folketrygden på 7 mill. kroner i 2006. Bevilgningen er redusert tilsvarende.

For 2006 foreslås bevilget 563 mill. kroner.

Del III
Omtale av særlige tema

6 Strategisk arbeid på kreftområdet

Helse- og omsorgsdepartementet legger vekt på at utfordringer i kreftomsorgen skal møtes på en helhetlig og strategisk måte. Departementet vil derfor gi en overordnet referanseramme for styringstiltak ovenfor Sosial- og helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, samt øvrige relevante myndighetsorganer og tjenester. En slik strategi er en videreføring av satsingen gjennom Nasjonal kreftplan (1999–2003) og en oppfølging av rapporten Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen – kvalitet, kompetanse og kapasitet (juni 2004). Strategiens startår vil være 2006. Sosial- og helsedirektoratet vil få en koordinerende rolle i dette arbeidet.

Nasjonal kreftplan (1999–2003)

Nasjonal kreftplan (1999–2003), jf. St.prp.nr. 61 (1997–1998) og Innst. S. nr. 226 (1997–1998), innebar en offentlig satsing på i overkant av 2 mrd. kroner. Resultatet var en betydelig styrking av kreftomsorgen, herunder forebyggende tiltak, utvidelse av mammografiprogrammet, økt strålebehandlingskapasitet, kompetanseoppbygging og utdanning av helsepersonell. Fra 2004 er fokus rettet mot oppfølging og integrering i det ordinære helsetilbudet, og hoveddelen av midlene ble overført til de regionale helseforetakene, Kreftregisteret og Sosial- og helsedirektoratet. I tillegg er prosjekter i Norges forskningsråd innen kreftforskning og forebyggende tiltak innen fysisk aktivitet, ernæring og tobakk videreført, jf. omtale i St.prp. nr. 1 (2004–2005) kap. 701 post 50 og kap. 732 post 79.

Om rapporten

Rapporten Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen – kvalitet, kompetanse og kapasitet er utarbeidet av en arbeidsgruppe oppnevnt av departementet høsten 2003. Arbeidsgruppen viser til at det er svært viktig å fortsette satsingen på forebygging av kreftsykdommer, herunder tiltak for sunt kosthold, mer mosjon, røykfrihet og begrensning av skadelig soling og radon. Det bør videre legges til rette for bedre organisering av behandlingstilbudet og økt kapasitet. Kvaliteten bør styrkes gjennom at nye metoder innen diagnostikk og behandling med dokumentert positiv effekt gjøres lettere tilgjengelig, samt gjennom oppbygging av helsepersonellets kompetanse. Det er fortsatt et forbedringspotensial når det gjelder rehabiliteringstilbud etter kreftbehandling og mulighetene for lindrende behandling i livets sluttfase.

Rapporten ble høsten 2004 sendt på omfattende høring. Høringsinstansene var i hovedsak enig om at rapporten var grundig og faglig god. Noe kritikk ble rettet mot manglende samfunnsperspektiv i tilnærmingen til forebygging og manglende prioritering mellom forslagene til tiltak. Rapporten, med de tilpassinger som høringsuttalelsene tilsier, vil være utgangspunkt for strategien.

Status

Av foreslåtte tiltak er følgende iverksatt eller under iverksetting:

- Det er i revidert nasjonalbudsjett for 2005 bevilget 2 mill. kroner til å etablere en ordning der fagmiljøet systematisk vurderer nye behandlingsopplegg, i første omgang for kreftsykdommer. En viktig målsetting er å utvikle felles nasjonale standarder for behandling, slik at pasientene sikres likeverdig behandling uavhengig av bosted. Arbeidet skal ledes av Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter, jf. St.prp. nr. 65 (2004–2005) kap. 720. Det foreslås bevilget 5 mill. kroner til formålet i 2006.
- Det er bevilget 18 mill. kroner til de regionale helseforetakene for delfinansiering av dyre legemidler, herunder til kreftbehandling, jf. omtale St.prp. nr. 65 (2004–2005) kap. 732 post 71–75. Bevilgningen foreslås videreført i 2006.
- Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF har fått departementets godkjenning til å opprette et nasjonalt kompetansesenter for studier av langtidseffekter etter kreftbehandling.
- De regionale helseforetakene får i oppgave å overta finansieringen av fem overlegestillinger for barnekreft, som siden 1984 har vært finansiert av Kreftforeningen, jf. omtale under kap. 732.
- Tilskuddet til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt utenfor sykehus er gjort permanent, jf. omtale under kap. 761 post 67.

Satsingsområder framover

Forebygging

Det kreftforebyggende arbeidet må bygge på erfaringene fra Nasjonal kreftplan (1999–2003) og de rammene som er lagt for folkehelsearbeidet i St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge (folkehelsemeldingen), jf. Innst. S. nr. 230 (2002–2003) og omtale under programkategori 10.10 Folkehelse. Folkehelsemeldingen har fokus på de faktorene som påvirker helsen, ettersom den enkelte påvirkingsfaktor ofte bidrar til ulike helseproblemer. Denne tilnærmingen bidrar til å synliggjøre at en lang rekke samfunnssektorer og politikkområder har avgjørende betydning for befolkningens helseforhold. Fokus på sosiale ulikheter og kjønnsperspektivet må derfor stå sentralt. Det videre viktig at helsehensyn må ivaretas i areal- og samfunnsplanlegging.

Når det gjelder tiltak innenfor fysisk aktivitet og kosthold vil hovedfokus framover være på å gjøre de sunne valgene enklere, tilrettelegge for lavterskeltiltak i lokalsamfunn og nærmiljø og å styrke det forebyggende arbeidet i helsetjenesten. Utdanning og kompetanseheving, herunder etter- og videreutdanning innrettet mot helsepersonell og lærere, skal prioriteres og det skal satses på holdningsskapende arbeid. Det vil også bli satset på forskning og kunnskapsutvikling.

Regjeringen har som mål at andelen unge røykere skal halveres i løpet av få år og en langsiktig visjon om en røykfri ungdomsgenerasjon, jf. Folkehelsemeldingen. En tobakksforebyggende politikk må rettes inn mot å hindre passiv røyking, redusere rekruttering av nye røykere og redusere antall dagligrøykere. Framover vil det spesielt være behov for å styrke helsetjenestens rolle og engasjement i røykeavvenning.

Arbeidet med å redusere radon i nye boliger skal videreføres. Ulike strategier og tiltak knyttet til kartlegging, byggeteknikk og kommunenes arbeid med areal- og reguleringsplaner vil bli vurdert. Videre vil det bli satset spesielt på informasjon og rådgivning i områder med særlig høy radonkonsentrasjon.

Det er et mål å redusere forekomsten av hudkreft gjennom å endre befolkningens solingsvaner og å sikre en bedre UV-varsling.

Kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten

Det er varslet en stortingsmelding om omsorg for framtiden. Utgangspunktet for arbeidet med meldingen er blant annet den forventede økingen i antallet eldre i befolkningen. Den demografiske utviklingen vil medføre utfordringer også i forhold til kreftomsorgen, både med hensyn til kapasitet og organisering.

Kreftpasienter er en gruppe pasienter som har behov for godt koordinerte tjenester både i kommunen og på spesialisthelsetjenestenivå. Departementet er i gang med å følge opp ulike tiltak for å bedre samhandlingen, foreslått i NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste (Wisløffutvalget). Noen av de omtalte tiltakene følges også opp i Regjeringens varslede stortingsmelding om omsorg for framtida.

Det er også nedsatt en arbeidsgruppe med representanter for Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunenes Sentralforbund og Sosial- og helsedirektoratet som analyserer endring i oppgavefordeling mellom kommunenes helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Gruppen skal gi innspill til departementets oppfølging av NOU 2005: 3.

Som oppfølging av Stortingets anmodningsvedtak i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004–2005) har Helse- og omsorgsdepartementet bedt Sosial- og helsedirektoratet om å utrede hvordan forskning og fagutvikling innen allmennmedisin kan organiseres og finansieres. Videre er det som del av oppfølgingen av fastlegeordningen ønskelig å fokusere på innholdet i og kvalitetsforbedring i allmennlegetjenesten. Allmennlegens oppgave i kreftomsorgen er blant annet tidlig diagnostisering, henvisning til spesialisthelsetjenesten og samarbeid med pleie- og omsorgstjenesten når det gjelder lindrende behandling av kreftpasienter.

Ot.prp. nr. 27 (2002–2003) Om lov om alternativ behandling av sykdom mv. åpner for at utøvere av alternativ behandling lovlig, under visse betingelser, kan gi behandling til kreftpasienter, jf. Innst. O. nr. 98 (2002–2003). Proposisjonen har videre som mål blant annet å fremme samarbeid mellom alternative utøvere og personell i den offentlige helsetjenesten, samt å styrke forskning og annen kunnskapsbygging om alternativ behandling.

Spesialisthelsetjenesten

Forskning har vist at behandlingsvolum og kvalitet i kreftbehandling henger tett sammen. Helsedepartementet påla derfor i 2004 de regionale helseforetakene at «der det finnes klar dokumentasjon på sammenhengen mellom volum og kvalitet, eksempelvis innen deler av kreftkirurgien, skal dette legges til grunn for organisering av tjenesten». Samtlige regionale helseforetak har samlet og funksjonsfordelt tilbudet innen kreftkirurgi, herunder for brystkreft, lungekreft, eggstokkreft og ende-

tarmskreft. Tilsvarende prosesser vurderes fortløpende også for andre kreftformer.

Gjennom Nasjonal kreftplan (1998–2003) har Statens strålevern etablert en tverrfaglig gruppe som har arbeidet med kvalitetssikring innen stråleterapi (KVIST-gruppen). Gruppens arbeid har skapt positive holdninger og rutiner i kvalitetssikring innen strålebehandling. Dette arbeidet skal videreutvikles, og det tas også sikte på utvidelse til diagnostisering.

Etter en gradvis utvidelse ble Mammografiprogrammet, som er et samarbeid mellom Kreftregisteret, Statens strålevern, Nasjonalt folkehelseinstitutt og helseforetakene, landsdekkende i 2004. Alle kvinner mellom 50 og 69 år tilbys med dette røntgenundersøkelse av brystene hvert annet år. Formålet er å oppdage svulster på et så tidlig stadium at effektiv behandling kan iverksettes og dødeligheten reduseres. Departementet forbereder en evaluering av programmet, herunder dets effekt på dødelighet av brystkreft.

7 Behandling av kroniske smertepasienter og palliativ behandling

I dette kapitlet omtales behandling av pasienter med kroniske smertetilstander av kjent eller ukjent årsak og palliativ behandling, dvs. behandling av pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Kreftsykdommer er utbredt i sistnevnte gruppe, som også omfatter pasienter med andre sykdommer slik som MS (mulitippel sklerose), ALS (amyotrofisk lateralsklerose) og langtkomne hjerte- og lungelidelser.

I følge Sosial- og helsedirektoratet ligger Norge på verdenstoppen når det gjelder forekomst av kroniske smertetilstander. Over 20 pst. av den norske befolkningen, om lag 800 000 personer oppgir at de har en kronisk smertetilstand. For 250 000 av disse varer smerten i snitt 8 år, og nesten 160 000 har levd med smerte i over 20 år. Å leve med kronisk smerte har store negative konsekvenser for livskvalitet, arbeidsevne og mental helse.

Det har de senere år skjedd betydelige framskritt innen smertelindring og palliasjon. Nye smertestillende medikamenter/behandlingsmetoder er tatt i bruk og det er etablert smerteklinikker ved sykehus, regionale kompetansesentre for palliativ behandling og tilbud ved lærings- og mestringssentrene. Det er like fullt behov for ytterligere styrking av det offentlige behandlingstilbudet for smertepasientene. Sentralt i en slik styrking vil være å få til en bedre samhandling innad i og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, særlig med tanke på at mange av pasientene trenger tverrfaglig oppfølging over lang tid. Det er også behov for kompetanseoverføring mellom tjenestenivåene både hva angår diagnostikk og behandling. Samhandlingsproblemstillinger står sentralt i departementets oppfølging av NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste (Wisløffutvalget), jf. omtale under innledningen til programkategori 10.60 Omsorgstjenester.

Departementet vil be de regionale helseforetakene sikre at behandling av kroniske smertepasienter og pasienter med uhelbredelig sykdom/kort forventet levetid gis nødvendig oppmerksomhet og oppfølging, herunder vurdere kapasiteten til smerteklinikkene. Departementet vil også i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet ta initiativ til å styrke den tverrfaglige kompetansen i kommunehelsetjenesten, gjennom for eksempel utarbeiding av faglige veiledere. Videre vil departementet gjennomgå refusjonsordningen for legemidler til smertebehandling, jf. St.meld. nr. 18 (2004–2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk (legemiddelmeldingen) og Innst. S. nr. 197 (2004–2005). For øvrig vises det til omtale av palliasjon i kap. om strategisk arbeid på kreftområdet, samt omtale av lindrende behandling og omsorg ved livets slutt, jf. kap. 761 post 67.

8 Nasjonal plan for forebygging, forskning og behandling av diabetes

Det vises til behandlingen av Budsjett-innst. S. nr. I (2004–2005), der det ble gjort følgende vedtak (vedtak nr. 57, 25. november 2004):

> «Stortinget ber Regjeringen legge fram forslag til Nasjonal plan for forebygging, forskning og behandling av diabetes for Stortinget i løpet av 2005.»

Videre vises det til Innstilling S. nr. 165 (2004–2005) hvor Sosialkomiteen påpeker behovet for å redusere sukkerforbruket, spesielt blant barn og unge. Komiteen mener dette arbeidet må ses i sammenheng med videre oppfølging av St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge, og utarbeidelse av Nasjonal plan for forebygging, forskning og behandling av diabetes.

Sosial- og helsedirektoratet har utredet det faglige grunnlaget for en plan for forebygging, forskning og behandling av diabetes. Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at dette skal være utgangspunktet for det kommende systematiske arbeidet med diabetes. Sosial- og helsedirektoratet vil bli gitt en koordinerende rolle i arbeidet. Arbeidet vil inkludere en samlet framstilling av hvordan utfordringene knyttet til diabetes vil bli møtt framover. I tillegg til omtalen nedenfor, vil ytterligere oppfølging bli presentert for Stortinget på egnet måte.

Forekomst og utvikling

Det blir stadig flere med diabetes i Norge. Per i dag har om lag 25 000 personer type 1-diabetes, og sykdommen er mest vanlig hos barn, ungdom og unge voksne. Sannsynligvis har 90 000–120 000 mennesker kjent type 2-diabetes, og like mange antas å ha uoppdaget diabetes. Sykdomsutviklingen er ofte langsom med diffuse symptomer. Det kan derfor ta lang tid før riktig diagnose blir stilt, og ofte foreligger det følgesykdommer allerede ved diagnosepunktet.

Sammenliknet med friske har personer med diabetes betydelig økt risiko for å utvikle alvorlige følgesykdommer, herunder hjertesykdommer, øyesykdommer, blindhet, og nyresykdom. Videre kan så mange som halvparten av alle diabetespasienter ha plager i form av sansetap, smerter, og balansevansker. Et ukjent antall sliter med psykiske følgetilstander som tvangslidelser, spiseforstyrrelser og vansker med å mestre rollen som kronisk syk.

Forebygging

Både type 1-diabetes og type 2-diabetes skyldes en kombinasjon av genetiske og miljømessige faktorer. Type 1-diabetes kan i dag ikke forebygges, selv om de viktigste genene som disponerer for denne sykdommen er kjent. Endringer i livsstil kan imidlertid redusere forekomsten av type 2-diabetes, samt forhindre og utsette utvikling av følgesykdommer. Det generelle folkehelsearbeidet mot overvekt/fedme og for bedre kosthold, økt fysisk aktivitet og røykfrihet vil være viktige bidrag, jf. kap. 719. Videre har ordningen med grønn resept som mål å styrke fastlegenes veiledning om kosthold og fysisk aktivitet og minske bruken av medikamenter for blant annet pasienter med type 2 diabetes. Det vises også til oppfølgingen av handlingsplanen for fysisk aktivitet 2005–2009.

Barn og unge er en gjennomgående prioritert målgruppe for folkehelsearbeidet, og det arbeides blant annet med tiltak for å redusere sukkerforbruket. Nasjonalt råd for ernæring har utarbeidet flere tiltak i et forslag til strategi for ernæringsarbeidet 2005–2009. Departementet er i gang med å vurdere hvordan forslagene skal følges opp.

Økt satsing på skolefruktordningen vil bidra til at flere barn og unge får et bedre hverdagskosthold. Det arbeides også generelt med å redusere bruk av søte matvarer som en del av skolemåltidet, blant annet gjennom oppfølging av retningslinjer for skolemåltidet i grunnskolen og videregående skole. Det vises i denne forbindelse til den kommende utredningen om skolemåltid. Videre pågår det et arbeid for bedre merking av sukkerinnhold i matvarer.

Regjeringen foreslår også å endre avgiftsgrunnlaget for avgift på alkoholfrie drikkevarer til blant annet å omfatte alle drikkevarer som er tilsatt sukker, noe som er beskrevet i budsjettframlegget fra Finansdepartementet.

Behandling

God behandling gjør at pasientene får et lengre liv med færre følgesykdommer. De viktigste elementene i behandlingen er pasientopplæring, egenkontroll, egnet kosthold, fysisk aktivitet og medikamenter.

De fleste med diabetes får sitt behandlingstilbud i primærhelsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet peker på en rekke tiltak, hvorav noen allerede er igangsatt og har potensial for videreutvikling. Blant tiltakene kan nevnes:

- Øke tilgjengeligheten til diabetessykepleiere, ernæringsfysiologer m.fl. for veiledning om kosthold og fysisk aktivitet.
- Bedre fotpleie og tilgang til fotterapeuter.
- Norsk selskap for allmennmedisins (NSAM) handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis.
- Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (Noklus) – delprosjekter.

Både NSAM og Noklus yter viktige bidrag til standardiseringen av diabetesbehandlingen. NSAM utarbeidet første gang i 1988 et handlingsprogram eller kliniske retningslinjer for diabetes i allmennpraksis. Retningslinjene ble sist revidert i 2005 og brukes av over halvparten av allmennlegene. Utviklingsarbeidet har til nå vært basert på frivillig innsats fra personer tilknyttet NSAM.

Gjennom Noklus arbeides det med kvalitetssikring av utstyr for diabetespasienters egenmåling av blodsukker og kvalitetsforbedring av blodsukkermålingen hos disse pasientene. Gjennom underprosjektet Noklus diabetes foretas det systematiske registreringer i datajournaler hos et utvalg allmennpraktikere (eget skjemavedlegg til elektronisk pasientjournal) av blant annet relevante laboratoriedata, eventuelle komplikasjoner og igangsatte tiltak. På denne måten kan den enkelte lege på en oversiktlig måte følge sine diabetespasienter over tid og se effekten av de oppfølgingstiltak som iverksettes. I 2005 deltar 180 leger.

Diabetes er en av de kroniske sykdommene hvor god egenbehandling ofte er en forutsetning for at behandlingen skal bli vellykket. Egenbehandling krever god innsikt i egen sykdom og forutsetter nødvendig opplæring. Helsetjenesten har ansvar for at det tilrettelegges for slik læring og for gjennomføring av ulike helsepedagogiske tiltak. I følge spesialisthelsetjenesteloven er pasientopplæring en av sykehusenes hovedoppgaver – i tillegg til behandling, utdanning og forskning. De regionale helseforetakene er pålagt å iverksette tiltak for opplæring av pasienter i alle helseforetak. Det har blant annet ført til at det nå finnes mer enn 30 lærings- og mestringssentra. I tillegg er det planer om å etablere 17 nye. Ved godt over halvparten av de etablerte finnes det tilbud til pasienter med diabetes. Dette kommer i tillegg til individuelle konsultasjoner med helsepersonell hvor kontroll av sykdomsforløpet, gjensidig informasjonsutveksling og opplæring inngår.

Pasienter med alvorlige kroniske sykdommer trenger andre tilbud fra helsetjenesten og andre samarbeidsformer enn personer med akutte tilstander. For å sikre optimal behandling av denne pasientgruppen – og øvrige kronikergrupper – har de regionale helseforetakene utarbeidet strategier for tettere samarbeid med primærhelsetjenesten og desentralisering av spesialisthelsetjenester, herunder utvikling av lokalsykehusfunksjonen, jf. kap. 732 Regionale helseforetak.

Det finnes begrenset systematisk kunnskap om hvordan omsorgen og behandlingen av diabetespasienter fungerer i spesialisthelsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet legger til grunn at behandlingen mange steder er god, men at den ikke er optimal alle steder. For å sikre behandling av god kvalitet, vil det bli iverksatt flere tiltak.

Ett av de viktigste tiltakene vil i følge Sosial- og helsedirektoratet være å opprette nasjonale medisinske kvalitetsregistre for diabetes. I bestillerdokumentet for 2004 og for 2005 pålegges de regionale helseforetakene å opprette nye nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Det har blant annet ført til at Helse Øst RHF har vedtatt å etablere et nasjonalt register for diabetessykdommer hos barn, jf. kap. 728 Forsøk og utvikling mv., post 21 Spesielle driftsutgifter og kap. 732 Regionale helseforetak. Videre har Helse Vest gitt Noklus i oppdrag å bidra til etablering av et diabetesregister for voksne, blant annet basert på data fra det strukturerte diabetesskjema som benyttes i prosjektet Noklus diabetes, jf. omtale ovenfor. I tillegg skal det utvikles faglige retningslinjer for diabetesbehandling i spesialisthelsetjenesten, samt vurderes tiltak for å sikre tverrfaglige behandlingstilbud.

Forskning

Sosial- og helsedirektoratet legger til grunn at sammenliknet med andre nordiske land, har diabetesforskningen i Norge blitt styrket de til siste årene. Den holder god kvalitet, men kan øke ytterligere i omfang.

Departementet kanaliserer avsatte midler til forskning primært via Norges forskningsråd og de regionale helseforetakene, jf. kap. 701 Norges forskningsråd og kap. 732 Regionale helseforetak,

post 78 Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre.

Norges forskningsråd har utarbeidet nye programplaner innenfor medisin og helse for perioden 2006–2010. Her er det lagt til rette for en styrking av forskning på pasienter med kroniske sykdommer som diabetes. Dette gjelder både epidemiologisk forskning på forebygging og årsaker til kroniske sykdommer i Program for folkehelse, og pasientrettet klinisk forskning både i primær- og spesialisthelsetjenesten gjennom Program for klinisk forskning. Pasientforløp og samhandling mellom tjenestenivåene er også viktig for diabetespasienter, og dette er et særskilt satsingsområde i nytt program for Helse- og omsorgsforskning. Departementet legger til grunn at dette, sammen med forskning i regi av helseforetakene, vil være et vesentlig bidrag til økt forskningsaktivitet om diabetes.

9 Barn og unges psykiske helse

I Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004–2005) ba regjeringspartienes medlemmer i sosialkomiteen om en redegjørelse for arbeidet med barn og unges psykiske helse i statsbudsjettet for 2006. Ved behandlingen av Innst. S. nr. 212 (2004–2005) om ventetidsgaranti for behandling av barn og ungdom som er psykisk syke (Dokument nr. 8:68 (2004–2005)), vedtok Stortinget følgende anmodning:

> «Stortinget ber Regjeringen innføre en ventetidsgaranti for behandling innen barne- og ungdomspsykiatrien, dersom dette kan være et egnet virkemiddel for å redusere ventetiden. Stortinget ber Regjeringen om å legge fram en sak om ventetidsgaranti for behandling av barn og unge så snart som mulig.»

Redegjørelsen nedenfor må sees i sammenheng med den generelle omtalen under kap. 743, postene 21, 62, 70, 75, kap. 701 og kap. 710 hvor det gis rapportering av status mv. Forslagene i redegjørelsen ligger innen for rammen av opptrappingsplanen for psykisk helse. Kompetanseutvikling for ADHD er omtalt under kap. 743 post 75.

Forekomst av psykiske vansker og lidelser hos barn og unge

Norske barn og unge er gjennomgående friske, og har god fysisk og psykisk helse.

Det er vanlig å skille mellom psykiske vansker eller plager ut fra symptombelastning og psykiske lidelser som tilfredsstiller diagnosekriterier. Forekomsten av psykiske vansker kan brukes til å beregne måltall for forebyggende tiltak. I følge Nasjonalt folkehelseinstitutt (2005) har mellom 15 og 20 pst. av alle barn og unge i Norge psykiske vansker. Halvparten av barn med psykiske vansker i førskolealder, vokser av seg plagene. Blant 15–16 åringene har rundt 17 pst. psykiske vansker, 25 pst. av jentene og 9 pst. av guttene.

I Oslo er forekomsten betydelig høyere, 24 pst. totalt, 27 pst. om foreldrene har innvandrerbakgrunn, 22 pst. om foreldrene ikke har innvandrerbakgrunn. Ungdom med samisk bakgrunn har samme symptombelastninger som andre ungdommer.

Forekomsten av psykiske lidelser kan brukes til å beregne måltall for behandlingsbehov. Ifølge Nasjonalt folkehelseinstitutt (2005) har om lag 8 pst. av landets barn og unge en psykisk lidelse som er behandlingstrengende enten i kommunehelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten. I Oslo er andelen høyere, anslått til rundt 10 pst., i distriktene er andelen lavere, anslått til rundt 6 pst. I alt om lag 6,5 pst. av landets 7–9-åringer er behandlingstrengende. Blant ungdom er andelen høyere, blant førskolebarn er andelen lavere. Forekomsten av psykiske vansker blant barn under 3 år er ukjent. Samlet skiller barn og unge med innvandrerbakgrunn seg ikke ut, men noen grupper blant dem er særlig belastet. Også blant disse er kjønnsforskjellene betydelige, og ulike for første og annen generasjons innvandrere.

De vanligste lidelsene i aldersgruppen 13–17 år er angst, depresjon, adferdsforstyrrelser og ADHD, med to tredeler av lidelsene blant jentene og en tredel blant guttene. Blant den andel av 15–16-åringene i ungdomsskolen som har størst psykiske vansker, søker kun 40 pst. faglig hjelp for vanskene.

Det er liten kunnskap om omfanget av eldre barn og unge som både har en diagnostisert psykisk lidelse og samtidig har et rusproblem. Folkehelseinstituttets analyser av ungdomsdelen av helseundersøkelsen i Oslo viser at blant alle 15-åringene i Oslo har 9 pst. både psykiske vansker og et rusmisbruk. Blant de 24 pst. barn og unge i Oslo som har psykiske vansker, har 39 pst. også et alkoholmisbruk, blant dem der begge foreldre har innvandrerbakgrunn er andelen 13 pst., mens blant dem som har blandet bakgrunn er andelen 45 pst. Sett i lys av aldersgruppen er disse tall svært høye, unntatt for dem som har to foreldre med innvandrerbakgrunn. Barn med psykiske lidelser har forhøyet risiko for å utvikle rusproblemer i ungdomsalder. Unge med tidligere angstforstyrrelser og depressive lidelser har dobbelt risiko for å utvikle rusproblemer. Ungdom med rusproblemer har tredobbelt risiko for å utvikle depresjon, og firedoblet risiko for selvmordsforsøk når de er deprimerte. Ungdom med rusproblemer har høyere forekomst av angstlidelser, stemningslidelser og atferdsforstyrrelser og de er oftere traumatisert. Angstlidelsene og adferdsforstyrrelsene opptrer ofte forut for rusproblemet.

Status

Satsingen på barn og unges psykiske helse er et prioritert område både gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse og regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse som ble lagt fram høsten 2003. Strategiplanens tittel Sammen om psykisk helse gir uttrykk for en helhetlig politisk tenking for å bedre barn og unges psykiske helse. Strategiplanen inneholder 100 konkrete tiltak som faller inn under sju departementers ansvarsområde. Tiltakene er generelle og rettet mot alle barn og unge, og særskilte og rettet mot barn og unge i risikogrupper og mot barn og unge som har psykiske problemer. Sosial- og helsedirektoratet følger opp arbeidet med strategiplanen og rapporterer årlig om framdriften i tiltakene.

Regjeringens strategiplan Sammen om barne- og ungdomskriminalitet (2005–2008) inneholder tiltak som skal bidra til å sikre samordnet og individuell tilpasning som legger best mulig til rette for å snu en utvikling som kan føre til en kriminell karriere.

I tråd med Regjeringens prioriteringer har utbygging av tjenester for barn og unge med psykiske lidelser hatt en langt sterkere vekst enn tjenester for voksne både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det vises her til rapportering under post 62 (kommunene) og under post 75 (spesialisthelsetjenesten) som bygger på Samdata-rapporter. Tilgangen på kvalifisert personell til arbeid med barn og ungdom i kommunene har vært god, med unntak av psykologer. Det er likevel fortsatt store geografiske variasjoner i tjenestetilbud, dekningsgrad og ventetid mellom kommuner, helseforetak og regioner.

Det har vært satset aktivt på å øke kunnskapen om psykisk helse blant ungdom og lærere. Helse- og omsorgsdepartementet stimulerer til forskning som er relevant for barns og unges psykiske helse gjennom tildelinger til forskning bl.a. i regi av Norges forskningsråd, Nasjonalt folkehelseinstitutt, regionale helseforetak, regionsentrene for barn og unges psykiske helse og andre kompetansesentre som har fokus på barn og unge. Barn og unge med atferdsproblemer får bedre hjelp takket være bruk av dokumenterte behandlingsmetoder. Helse- og omsorgsdepartementet har et nært samarbeid med Barne- og familiedepartementet om utvikling av slike metoder.

Utfordringer

Den store geografiske variasjon i tjenestetilbud, dekningsgrad og ventetid mellom kommuner, helseforetak og regioner krever mer målrettet innsats. Det er fortsatt behov for en sterk satsing på det forebyggende psykososiale arbeidet. Det er behov for en økt satsing på tidlig intervensjon og kunnskap om egnede kartleggingsverktøy for å avdekke psykiske problemer og tegn på omsorgssvikt, mistrivsel og utviklingsavvik hos de minste barna. Kvinners psykiske helse under svangerskap og fødsel må prioriteres. Særlig bør gravide med rus- og psykiske problemer følges opp. En særlig utfordring er å følge opp gravide med rus- og/eller psykiske problemer, og kvinner som er utsatt for vold i svangerskapet. Det er videre behov for å vurdere nye tiltak for å sikre en bedre førstelinjetjeneste for barn og unge i kommunene. Kompetansen i kommunene på psykisk helsearbeid for barn og unge må styrkes, både gjennom utdanningstiltak og rekruttering av bl.a. psykologer.

Samarbeid og oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunene skal styrkes. Psykisk helsevern for barn og unge skal utvikle mer systematisk samarbeid med førstelinjetjenesten med sikte på tidlig intervensjon og styrket innsats for småbarns psykiske helse. Barn med spesielle behov og barn i vanskelige livssituasjoner er fortsatt en utfordring og krever målrettede tiltak. Dette gjelder bl.a. småbarn, barn på asylmottak, barn med samtidig behov for omsorgstjenester og tjenester fra psykisk helsevern og barn av psykisk syke/rusmisbrukende foreldre.

Barn og ungdoms medvirking skal synliggjøres bl.a. gjennom kartlegging av pasienterfaringer, større delaktighet i egen behandling og jevnlige brukerundersøkelser. Arbeidet med faglige retningslinjer og kvalitetsindikatorer som spesielt fokuserer på tjenester til barn og unge er igangsatt.

I spesialisthelsetjenesten melder samtlige fem regionale helseforetak om økende tilstrømming av barn og unge som søker behandling i psykisk helsevern for barn og unge, noe også tall fra Samdata viser. I 2004 ble om lag 39 600 barn og unge behandlet i psykisk helsevern. De hyppigste henvisningsårsakene var atferdsvansker, tristhet/depresjon og hyperaktivitet.

I opptrappingsplanen for psykisk helse er det lagt til grunn at 5 pst. av barnebefolkningen i alderen 0–18 år har behov for behandlingstilbud fra spesialisthelsetjenesten. Oslo og Finnmark har lagt til grunn et behov på omlag 5,5 pst. Tallet på behandlingstrengende barn og unge i spesialisthelsetjenesten varierer i internasjonale undersøkelser fra 4 til 7 pst.

Store samfunnsmessige forandringer har ført til endrede forutsetninger for barns oppvekst. Både barnet, familien og de som skal hjelpe må i dag forholde seg til en mer kompleks virkelighet. En høy frekvens av selvmord blant unge, tidlig bruk av rus-

midler i ungdomsmiljøer, mobbing og trakassering i ungdomsmiljøer tyder på at mange barn og unge i dagens samfunn kan ha det vanskelig.

Det er usikkert om problemene generelt øker, men norske undersøkelser tyder på at det har vært en reell øking av depresjon blant unge jenter fra 1992 til 2002. Rapporter fra hjelpeapparatet kan tyde på at det også har skjedd en øking av villet egenskade blant unge jenter og av adferdsforstyrrelser blant barn.

Man mangler i dag nødvendig oversikt over forekomsten av psykiske lidelser for å utvikle et tilbud som er tilpasset det faktiske behov barn og unge har for tjenester innen psykisk helse. Det er et mål at Nasjonalt folkehelseinstitutt innen utgangen av opptrappingsperioden skal ha etablert et diagnosebasert system for innsamling av data om psykiske lidelser i befolkningen generelt og blant barn og unge. Som en oppfølging av dette har Folkehelseinstituttet fra 2005 satt i gang et arbeid med å overvåke utviklingsforstyrrelser og psykiske lidelser blant barn og unge. Arbeidet skal videreutvikles i 2006.

Forekomst av psykiske lidelser gir alene ikke grunnlag for å vurdere måltall for behandling i spesialisthelsetjenesten. Behandlingsbehovet i spesialisthelsetjenesten er avhengig av både tilgjengelige behandlingstilbud for barn og unge i kommunehelsetjenesten, og i hvilken grad kommunehelsehelsetjenesten velger å henvise videre til spesialisthelsetjenesten.

Sentrale utredninger

Helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser

Statens helsetilsyn uttrykker bekymring over enkelte områder i en rapport til Helse- og omsorgsdepartementet (2005). I følge Helsetilsynet er det grunn til å tro at det er barn og unge som tas hånd om av barneverntjenesten som burde hatt andre tilbud, og at barn som gruppe tildeles for lite ressurser av opptrappingsplanmidlene til kommunene. Kommunene har utfordringer med å identifisere, følge opp og viderehenvise barn og unge med psykiske problemer. Fastlegens rolle i dette arbeidet bør bli tydeligere, og det mangler tilstrekkelig kvalifisert personell i en del kommuner. Spesialisthelsetjenestens tilbud er også for dårlig utbygd, og det er kapasitetsproblemer en del steder.

Tjenestetilbudet til barn og unge

I samarbeid med seks andre departementer har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Sintef i oppdrag å utarbeide en kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet til barn og unge. Regjeringen ønsker gjennom dette å se rollene til barnevernet, barnehagen, skolen, fritidssektoren, pedagogisk-psykologisk tjeneste, fastlegen, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, familievernet og politiet i sammenheng, og vurdere helheten i tilbudene. Kunnskapsstatusen skal foreligge høsten 2005 og vil danne grunnlag for videre innsats for å styrke tjenestetilbudet.

Tilgjengelighet av tjenester

Som en del av den forskningsbaserte evalueringen av opptrappingsplanen har Sintef utgitt en delrapport (2005) som studerer virkningene av opptrappingsplanen i forhold til tilgjengelighet til tjenester til barn og unge med psykiske problemer. Hovedfokus er rettet mot aktiviteten ved helsestasjoner, skolehelsetjeneste og den pedagogisk-psykologiske tjenesten. Sentrale funn er at opplevd ressursknapphet begrenser samarbeidet mellom instanser. Økt grad av samarbeid vil gi den enkelte tjenesteyter bedre kjennskap til – og forståelse av tilbudet som ytes ved de tilstøtende tjenestene. En bedre oversikt over det totale hjelpetilbudet vil kunne bidra til at flere barn og ungdommer får et bedre tilgjengelig tjenestetilbud, det vil si rett hjelp fra den rette instans til rett tid.

Fastlegens rolle

Som et ledd i evalueringen av fastlegereformen har Sintef (2005) utført et forskningsprosjekt som bl.a. har kartlagt og evaluert hvordan fastlegen samarbeider med kommunale instanser og spesialisthelsetjenesten om barn og unge med psykiske problemer. Rapporten peker på at barn og unge med psykiske problemer representerer en brukergruppe som krever fleksible lavterskeltilbud. Forskernes vurderinger gjør det nødvendig å vurdere om det bør skje en videreutvikling av fastlegeordningen i dette perspektiv.

Departementet vil derfor arbeide videre med utvikling av samordnende tiltak mellom fastleger, andre hjelpetiltak i kommune- og spesialisthelsetjeneste.

Spesialisthelsetjenester

Tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester

For barn og unge består bruken av spesialisttjenester innen psykisk helsevern i all hovedsak av polikliniske tiltak. 95 pst. av pasientene får polikliniske tiltak og bare 5 pst. blir innlagt. På nasjonalt nivå får nå 3,6 pst. (2004) av dem under 18 år et behandlingstilbud. Bruken av tjenestene øker med alderen, mens 0,7 pst. av dem under seks år mottar

behandling, er andelen 5,1 pst. for dem over 13 år. Flere behandlingsårsverk har gitt økt tilgjengelighet til tjenesten.

Det har de siste årene vært en kraftig vekst i antall pasienter som mottar behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge. I perioden 1998–2004 har antall pasienter økt med 91 pst.

Ventetider

Det er fortsatt sterk vekst i tjenester for barn og unge. Samtidig øker etterspørselen av tjenestene kraftig, og midtveis i 2005 er det tilnærmet 4000 barn og unge som står på venteliste for behandling. En firedel av barna hadde ventet lenger enn tre måneder og 17 pst. hadde en ventetid på over seks måneder. Om lag 40 pst. hadde ventet mindre enn en måned. Ventetiden varierer kraftig mellom regionene. I regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse og i bestillerdokumentene til regionale helseforetak for 2004 er det markert som et mål å få redusert ventetiden for vurderingssamtale for barn og unge til ti dager. Det går fram av årlige meldinger 2004 fra de regionale helseforetakene at et slikt mål kan beslaglegge ressurser som kan gå ut over behandlingskapasiteten. Departementet vil vurdere innføring av kvalitetsindikatorer som angir ventetid for vurdering av behandlingsbehov.

Døgnplasser

I følge en kartlegging utført i 2004 legger de regionale helseforetakene opp til å etablere ca. 400 døgnplasser totalt for barn og ungdom fram til 2008, dvs. 100 færre plasser enn opprinnelig forutsatt. Det vises til redegjørelse i St.prp. nr. 1 (2004–2005). I de senere årene har det utviklet en rekke ambulante arbeidsmåter som alternativer til innleggelse, delvis i samarbeid med barnevernet. Det er imidlertid store forskjeller mellom helseforetakene når det gjelder bruk av slike ambulante tjenester. En kartlegging og systematisering av erfaringene med bruk av ambulante arbeidsmåter i forhold til barn og unge skal gi grunnlag for en nærmere vurdering av behovet for døgnplasser for barn og unge.

Styrket samarbeid

Det er behov for at barn og unge som mottar hjelp fra barneverntjenesten, får nødvendig bistand fra psykisk helsevern for barn og unge og fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette er presentert i bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene for 2005 samtidig som Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og familiedepartementet har iverksatt tiltak for å styrke samarbeidet både på regionalt og nasjonalt nivå.

Kombinert psykisk lidelse og rusproblem

Regionsentrene for barn og unges psykiske helse skal ha kompetanse om eldre barn og unge som både har en diagnostisert psykisk lidelse og samtidig har et rusproblem, og psykisk helsevern for barn og unge skal ha et tilbud til denne gruppen. Dette er et forholdsvis nytt område. Som grunnlag for å utvikle bedre tjenester er det er behov for større kunnskap om antall eldre barn og unge som både har en diagnostisert psykisk lidelse og et rusproblem. Departementet vil derfor vurdere hvordan behovet for kompetanse i helsetjenesten kan bygges ut.

Bruk av individuelle planer

En undersøkelse utført av Sintef om psykisk helsevern for barn og unge viste at 20 pst. av pasientene hadde en individuell plan i 2004, eller hadde fått påbegynt et arbeid med å utarbeide en plan. Bruk av individuell plan er mer utbredt for pasientgrupper med antatt mer alvorlige og sammensatte vansker, sammenliknet med pasientgrupper med antatt lettere problematikk. Dette tyder på at individuell plan brukes bevisst og målrettet til en viss grad. Resultatene indikerer at institusjoner, kommuner og helseregioner har kommet ulikt langt i å etablere rutiner for utarbeidelse av individuelle planer.

Departementet har i 2005 gitt klare føringer til regionale helseforetak og kommuner om at arbeidet med utarbeidelse av individuelle planer intensiveres, slik at alle barn og unge med psykiske lidelser med rett til å få utarbeidet individuell plan får utarbeidet en slik plan av psykisk helsevern/kommunene dersom foreldrene ønsker dette.

Utviklingsområder – nye mål

Forventningene til de regionale helseforetakene presenteres i de årlige bestillerdokumentene. I tilknytning til en videre styrking ble det i statsbudsjettet for 2005 presentert særlige tiltak som opprettelse av ambulante funksjoner, økt tilgjengelighet i form av lengre åpningstider ved poliklinikker og samarbeidsavtaler mellom første- og andrelinjetjenesten. Det vil bli presisert at dette også omfatter tjenester for barn og unge. Samarbeidsavtalene bør også inkludere barnevern når dette er aktuelt.

Departementet vil i tillegg fokusere på å få betydelig kortere ventetid for barn og unge med

psykisk sykdom. For 2005 la departementet til grunn at de regionale helseforetakene må redusere ventetiden for poliklinisk behandling innen psykisk helsevern for barn og unge med minst 20 pst. i forhold til 2004. Det vil bli stilt krav om prioritering av barn og unge og om ytterligere reduksjon av ventetiden fram mot 2008.

Barn og unge med innvandrerbakgrunn

Det er behov for å styrke kompetansen for å kunne forebygge og behandle psykiske vansker blant store grupper av barn og unge med innvandrerbakgrunn. Vi vet for lite om både når og hvordan flerkulturelle utviklingsforløp hos barn fører til mestring, trivsel og god psykisk helse, og når og hvordan flerkulturelle utviklingsforløp fører til psykiske problemer og lidelser. Nasjonalt folkehelseinstitutt har startet oppbygging av en kunnskapsbase med befolkningsbaserte oppfølgingsdata for å få kunnskap om hvordan barn og unge med innvandrerbakgrunn i Norge mestrer og utvikler sin psykiske helse.

Kommunale tiltak rettet mot barn og unge

Til tross for at kapasitetsøkingen i kommunale tjenester som er finansiert over opptrappingsplanen nå viser en kraftigere øking enn tilbudet til voksne, er det store variasjoner mellom kommunene. Mange kommuner synes fortsatt å ha utilstrekkelige tilbud til barn og unge i risikosonen eller som har utviklet psykiske problemer. Med unntak av psykologer, er rekrutteringen av fagpersonell god.

Det har fra 2001 vært gjort forsøk med familiesentre i seks kommuner med sikte på å utvikle et helhetlig tilbud til barn og unge. Familiesentrene skal være et lavterskeltilbud og en møteplass med tjenester som forebyggende barnevern, pedagogisk-psykologisk tjeneste, åpen barnehage, svangerskapskontroll, helsestasjon og familierådgivning. I 2003 ble tilbudet utvidet til å gjelde ungdom, spesielt utsatt ungdom. Forsøket ble avsluttet i 2004, og evalueringen vil foreligge høsten 2005. Familiesentrene har vist seg å kunne bidra til å fremme fokus på psykisk helse og samordne tjenestetilbudet til barn, unge og deres familier. Det er betydelig interesse for å etablere flere sentre. Det finnes nå om lag 50 sentre rundt i landet. Departementet gir midler til et nettverk av kommuner som ønsker å videreføre modellen.

Det er et mål å styrke det forebyggende psykiske helsearbeidet til barn og unge i helsestasjons- og skolehelsetjenesten gjennom å øke tilgjengeligheten og å tilpasse tilbudet bedre til barns og unges behov. For å nå dette målet skal tjenesten styrkes med 800 årsverk i opptrappingsperioden. I tillegg er ansvaret for forebyggende psykososialt arbeid tydeliggjort gjennom egen forskrift. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er så langt styrket med 365 årsverk og dette utgjør 46 pst. av målet om 800 nye årsverk i løpet av hele opptrappingsperioden.

I regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse er det lagt vekt på organisering av tjenesteapparatet ut fra barns, unges og familiens behov for lave terskler, tilgjengelighet, kontinuitet og helhet. En god førstelinjetjeneste for psykiske lidelser hos barn og unge er et vesentlig element for å oppnå dette.

Det må foretas en kartlegging av det psykososiale arbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten for å vurdere om disse tjenestene kan utvides med nye oppgaver knyttet til utredning, tidlig intervensjon og oppfølging.

Dersom tjenesten skal få utvidet sitt ansvarsområde, vil det være behov for en ytterligere styrking av kompetanse og kapasitet. Dette vil bli vurdert blant annet i sammenheng med evalueringen av familiesentrene, den omfattende kunnskapsoppsummeringen over barn og unges samlede hjelpetilbud og evalueringen av fastlegens samarbeid med andre innstanser om barn og unge med psykiske problemer. Resultatet av det pågående arbeidet med å øke tilgangen på psykologer i kommunene vil også bli vurdert.

I Innst. S. nr. 184 (2002–2003) til St.meld. nr. 6 (2002–2003) Om tiltaksplan mot fattigdom ba Stortinget regjeringen vurdere om andelen av psykiatrimidlene til kommunene skal være høyere enn dagen 20 pst.

I statusrapport for opptrappingsplanen 1999–2001 som ble lagt fram i St.prp. nr. 1 (2002–2003), gikk det fram at andelen av de øremerkede midlene som kommune da satte av til tiltak for barn og unge, var om lag 15 pst. I budsjettproposisjonen ble det forutsatt at andelen ble økt til om lag 20 pst. I de årlige rundskrivene med nasjonale mål og hovedprioriteringer rettet mot kommunenes helse- og sosialtjeneste har det fra 2003 gått fram at minimum 20 pst. av de øremerkede midlene bør rettes mot barn og unge.

Som en følge av vurderingen fra Statens helsetilsyn om at barn som gruppe tildeles for lite ressurser av opptrappingsplanmidlene til kommunene, og behovet for en bedre førstelinjetjeneste for barn og unge, vil forutsetningen om minst 20 pst. bli opprettholdt, men kommunene vil bli bedt om å vurdere ytterligere prioritering av barn og unge i den gjenstående del av opptrappingsperioden. Utbygging av en god førstelinjetjeneste for barn og unge må representere en systematisk satsing på tidlige og lett tilgjengelige tiltak i tråd med

barn og unges behov. Samtidig vil et bedre tilbud til barn og unge i kommunene kunne redusere presset på og ventetiden i spesialisthelsetjenesten.

Nærmere om ventetidsgaranti for barn og unge med psykiske lidelser

Helse- og omsorgsdepartementet har i det foregående gitt en omfattende orientering om pågående og planlagte tiltak for å bedre tilbudet til barn og unge med psykiske lidelser. Stortinget har i tillegg bedt Regjeringen om å vurdere om innføring av en ventetidsgaranti kan være et egnet virkemiddel for å redusere ventetiden.

På bakgrunn av en interpellasjonsdebatt i Stortinget i mars 2004, ble Nasjonalt råd for prioriteringer i helsetjenesten bedt om å vurdere om syke barns rettigheter er tilstrekkelig ivaretatt i de lovfestede pasientrettigheter og prioriteringsforskriften. Nasjonalt råd for prioriteringer i helsetjenesten konkluderte med at dagens regelverk er tilstrekkelig, men at mye tyder på at praksis ikke er i samsvar med lovgivers intensjon. Etter rådets syn skal alder ikke være et prioriteringskriterium. Under like alvorlige og ressurskrevende tilstander er det likevel grunn til å gi barn prioritet framfor voksne fordi tiltakets effekt kan ha betydning for et langt liv. Nasjonalt råd for prioriteringer i helsetjenesten anbefalte bl.a. at det er et særskilt behov for å kartlegge hvordan barn prioriteres i psykisk helsevern for barn og unge.

I tråd med anbefalingen vil departementet ta initiativ til en kartlegging av prioriteringspraksis innenfor helseforetakene når det gjelder barn innen psykisk helsevern og hvordan barnevernsbarnas spesielle behov blir ivaretatt. Departementet har oppnevnt en egen strategigruppe som skal sørge for at prioritering blir et felles strategiområde for helseforetakene for også i denne sammenheng å markere behovet for å gi disse gruppene spesiell prioritet. Kartleggingen vil bli gjort i samarbeid med strategigruppen. På bakgrunn av kartleggingen vil det bli vurdert å utarbeide eventuelle retningslinjer i samarbeid med fagmiljøene.

Juridiske spørsmål

Pasientrettighetsloven § 2-1 inneholder bestemmelse om at spesialisthelsetjenesten er pålagt å fastsette en konkret, individuelt vurdert frist for når retten til nødvendig helsehjelp senest skal være oppfylt. Fristen skal fastsettes på grunnlag av en skjønnsmessig medisinskfaglig vurdering av pasientens tilstand med utgangspunkt i de vurderingskriterier som følger av forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp. Dersom pasientens rettighet ikke oppfylles innen utløpet av fristen, får fristoverskridelsen den konsekvens at pasienten får en subsidiær rett til spesialisthelsetjeneste privat eller i utlandet.

Et sentralt formål med rettighetsfesting er å båndlegge skjønnsutøvelsen, slik at borgeren gis et rettskrav og dermed ikke er prisgitt forvaltningens eller andres skjønnsmessige vurdering i konkurransen om knappe ressurser. Retten til nødvendig helsehjelp båndlegger i stor grad skjønnsutøvelsen til de regionale helseforetak. Likevel skal det foretas skjønnsmessige vurderinger for å avgjøre:

- *hvem* som er rettighetspasienter – vurderes ut fra kriterier nærmere fastsatt i forskrift
- *hva slags* undersøkelse eller behandling som skal gis – beror på en medisinskfaglig vurdering av hva som er nødvendig
- innen *hvilken frist* den aktuelle undersøkelse eller behandling skal gis ut fra hva som er medisinsk forsvarlig

Retten til nødvendig helsehjelp gjelder for alle pasienter, også de barn og unge som har behov for undersøkelse og behandling innen psykisk helsevern. Formålet med en særskilt lovfesting av en ventetidsgaranti for den sistnevnte pasientgruppen måtte derfor være en ytterligere båndlegging av skjønnsutøvelsen når det gjelder den aktuelle pasientgruppen. Det er skjønnsutøvelsen med hensyn til fristfastsettelsen som Stortinget har bedt regjeringen vurdere nærmere gjennom utredning av spørsmålet om en lovfestet ventetidsgaranti.

Det mest nærliggende alternativ for en ventetidsgaranti ville være en maksimalfrist, f.eks. 30 dager, men hvor det vil måtte gjøres individuelle vurderinger av om hensynet til faglig forsvarlighet tilsier behov for undersøkelse eller behandling *før* utløpet av fristen. En slik standardisert frist er allerede lovfestet når det gjelder vurdering av henvisningen, jf. pasientrettighetsloven § 2-2. Etter denne bestemmelsen skal henvisningen vurderes innen 30 dager.

Avhengig av hvilken standardisert frist som skulle gjelde ville en slik ventetidsgaranti kunne innebære at det for enkelte pasienter blir oppstilt en rett til undersøkelse og behandling før den frist som ville blitt satt etter den generelle bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd. For barn og unge med behov for behandling av psykiske problemer vil det likevel være slik at tidshensynet i de fleste tilfeller er helt avgjørende, og at undersøkelse og behandling bør startes snarest mulig. En fordel ved en standardisert ventetidsgaranti ville derfor være at man eliminerte faren for

at behandlingsapparatet tilpasset fristfastsettelsen ut fra kapasitetshensyn.

Som en konsekvens av at retten til nødvendig helsehjelp er basert på flere skjønnsmessige vurderinger enn selve fristfastsettelsen, er det en risiko for vridningseffekter, både innen den aktuelle pasientgruppe og overfor andre pasientgrupper som følge av en ventetidsgaranti. I et system med begrensede ressurser vil en slik garanti kunne få betydning for vurderingen av hvilken undersøkelse og behandling pasienten har krav på. Man risikerer med andre ord at barn og unge innen psykisk helsevern får et kvalitativt dårligere tilbud for å redusere ventetiden. Man risikerer også at det strammes inn i vurderingen av hvem som er rettighetspasienter i strid med det som er lovens formål, mao. at det skal mer til før man anser vedkommende for å fylle de vilkår som følger av lov og forskrift.

Vridningseffekter overfor andre grupper er omtalt i Ot.prp. nr. 63 (2002–2003). Bakgrunnen for dette var at familie- kultur- og administrasjonskomiteen i Innst. S. nr. 121 (2002–2003) hadde tilrådd at regjeringen skulle fremme forslag om at «barn og unge med tiltak fra barnevernet skal ha lovhjemlet rett til behandling for rus og psykiatri». I den forbindelse uttalte departementet:

> «Det å prioritere særskilte grupper i loven ville bryte med dette prioriteringsprinsippet som er nedfelt gjennom pasientrettighetsloven og nevnte forskrift. Det har i flere sammenhenger kommet opp spørsmål om å prioritere ulike pasientgrupper. Faren ved en slik særbehandling er at alle pasienter innen slike særgrupper da vil bli prioritert foran alle andre pasientgrupper, også pasienter med meget alvorlige sykdomstilstander og påtrengende behandlingsbehov.»

På grunnlag av en samlet vurdering av rettslige forhold og de tiltak som er satt i gang for bl.a. å redusere ventetiden for barn og unge innen psykisk helsevern, anser ikke departementet en lovfestet ventetidsgaranti som et egnet virkemiddel for å styrke tilbudet til barn og unge. På denne bakgrunn fremmes det derfor ikke et forslag om ventetidsgaranti for behandling av barn og unge som er psykisk syke.

10 Sektorovergripende miljøvernpolitikk

Et sunt og helsefremmende miljø er en forutsetning for god helse. En viktig oppgave for helsemyndighetene er å forstå og analysere vekselvirkinger mellom menneskelige aktiviteter og det fysiske og biologiske miljøet. I St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge er det lagt vekt på en mer aktiv bruk av samfunnsplanlegging som virkemiddel i folkehelsearbeidet.

Siden de faktorene som påvirker helsen i befolkningen befinner seg i flere samfunnssektorer, forutsettes det en tverrfaglig og sektorovergripende tilnærming. Dette er utgangspunktet for at det i stortingsmeldingen varsles tiltak som skal bidra til å sikre folkehelsearbeidet en sterkere forankring i sentrale plan- og beslutningsprosesser, og gjøre kommune- og fylkesplanene til en arena for prioriteringer og dialog om forhold som har betydning for helsen.

Det er etablert et kompetansemiljø i Sosial- og helsedirektoratet som skal bidra til at helsekonsekvensutredninger i større grad tas i bruk som verktøy i lokal planlegging. Videre samarbeider direktoratet med Nasjonalt folkehelseinstitutt og Statistisk sentralbyrå om et prosjekt som har som formål å gjøre statistikk om helseforhold og påvirkningsfaktorer lettere tilgjengelig for kommunene til bruk i planleggingen.

Helse- og omsorgsdepartementet, Miljøverndepartementet og Sosial- og helsedirektoratet har etablert et samarbeidsprosjekt med formål å utvikle plan- og bygningsloven som verktøy i det regionale og lokale folkehelsearbeidet. Prosjektet vil omfatte utprøving og utvikling av verktøy og metoder for planlegging, og vil bli gjennomført i samarbeid med utvalgte pilotkommuner.

Den fjerde ministerkonferansen om miljø og helse i Europa ble avholt i Budapest i juni 2004 med våre barns framtid som hovedtema. Ministererklæringen forplikter Norge til å sette et skarpere søkelys på barns helse- og miljøspørsmål og til å utarbeide en nasjonal plan for barns miljø og helse. Sju departementer samarbeider om den norske oppfølgingen. Arbeidet er prosjektorganisert under ledelse av Helse- og omsorgsdepartementet. Det tas sikte på å utvikle en nasjonal strategisk plan med et perspektiv på ti år som skal løfte fram de helse- og miljøutfordringene som betyr mest for barn og unge i Norge og være redskap for å møte utfordringene. Barn og unge skal involveres direkte og indirekte i arbeidet. Planen skal bidra til å realisere vedtatt politikk og samtidig legge premisser for videre utforming av politikk for å møte utfordringene.

Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt, samt Statens helsetilsyn, helsetilsynene i fylkene og fylkesmennene er rådgivere for sentrale og lokale helsemyndigheter, og de utreder og deltar i overvåking av miljøforurensing. Både forskrift om miljørettet helsevern og kommunehelsetjenesteloven påpeker kommunenes ansvar for oversikt rådgivning og medvirking som ledd i arbeidet med å fremme folkehelse og bidra til gode miljømessige forhold. Kommunene skal også gjennom sin planlegging sikre befolkningen mot faktorer i miljøet, bl.a. biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale, som kan ha negativ innvirking på helsen. Sosial- og helsedirektoratet har ferdigstilt en ny strategiplan for forebygging av ulykker og skader.

Statens strålevern arbeider med overvåking av radioaktiv forurensing i det ytre miljø og deltar aktivt i arbeidet med en forvaltningsplan for Barentshavet. Forskrift om strålevern og bruk av stråling inneholder bl.a. bestemmelser om utslipp av radioaktive stoffer til miljø og godkjenning av virksomheter som behandler, lagrer og forvalter radioaktivt avfall. Loven skal ivareta helse, men også bidra til vern av det ytre miljø. Statens strålevern overvåker også UV-strålingen en rekke steder i landet i samarbeid med Nilu for bl.a. å skaffe fram langtidsserier som sier noe om strålebelastningen i miljøet.

Det er også utfordringer knyttet til astma, allergi og inneklimasykdommer. I 2005 vil Sosial- og helsedirektoratet ferdigstille ny strategi for oppfølging av den avsluttende handlingsplanen om astma, allergi og inneklimasykdommer.

Støy virker negativt på helse og trivsel både i form av mulig helseskade, søvnproblemer og stressrelaterte helseplager. Støyproblemet skal forebygges og reduseres slik at hensynet til menneskenes helse og trivsel ivaretas. Det er fortsatt behov for samordning av forskning og utredninger om effekter av støy, og at helsemyndighetene bidrar med helsefaglige innspill i støyarbeidet. Støy forebygges først og fremst gjennom planlegging. I dette arbeidet bør lokale helsemyndigheter

involveres for å bidra til å sikre at helsehensyn blir ivaretatt. Nye planretningslinjer fra miljøvernmyndighetene vil bidra til å sikre dette.

Under kap. 551.60 Tilskudd til fylkeskommunene for regional utvikling kan det fortsatt gis støtte til kvalitetsforbedrende tiltak innen vannforsyning. Støtteordningen forvaltes i sin helhet av fylkeskommunene. I St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge er et av tiltakene økt tilsyn med vannverkene. Arbeidet med gjennomføringen av EUs rammedirektiv for vann ledes av en tverrdepartemental arbeidsgruppe.

Forskrift om smittefarlig avfall for helsetjeneste og dyrehelsetjeneste har vært på høring og skal fastsettes høsten 2005 av Landbruksdepartementet, Miljøverndepartementet og Helsedepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet leder embetsgruppen for koordinering av atomulykkeberedskap. Departementet deltar også som observatør i møter i Kriseutvalget ved atomulykker.

Helse- og omsorgsdepartementet er gjennom helseforetakene med i et prosjekt initiert av tidligere Arbeids- og administrasjonsdepartementet, forankret hos Riksantikvaren, som gjennomfører en kartlegging av alle eiendommer knyttet til spesialisthelsetjenesten med hensyn til kulturhistorisk interesse. Dette arbeidet er også forankret i den sektorvise miljøhandlingsplanen til Helse- og omsorgsdepartementet. I forbindelse med prosjektet vil departementet ta stilling til hvorvidt det skal utarbeides en sektorvis landvernplan.

Høsten 2004 ble det arrangert en konferanse for evaluering og oppfølging av regjeringens handlingsplan mot antibiotikaresistens (2000–2004). På bakgrunn av konferansen er det gitt innspill om hvilke områder som krever oppfølging og eventuelt styrking etter at handlingsplanperioden er utløpt.

Grønn stat – innføring av miljøledelse i statlige virksomheter

Helse- og omsorgsdepartementets egen virksomhet er en ren kontorbedrift, og anses i liten grad å påvirke det ytre miljø. Administrasjonsavdelingen i departementet har ansvaret for miljøledelsen, knyttet opp mot drift av bygning og IKT. De viktigste tiltakene for departementets virksomhet på miljøsiden er ivaretatt av Statsbygg (energisparing), og gjennom fellestjenester og anskaffelser organisert av Statens forvaltningstjeneste. Forvaltningstjenesten sørger blant annet for hente- og leveringsavtaler for det aller meste av avfall fra departementets virksomhet, hvorav hoveddelen er sortert. I tillegg er det inngått en egen avtale for retur av brukt IT-utstyr. Alle leverandører som har leveranser av en viss størrelse, pålegges å ta med brukt emballasje i retur. Departementet har også lagt til rette for bruk av videokonferanser og telefonmøter, for å redusere reisevirksomheten. Tiltakene satt i regi av Statsbygg, Statens forvaltningstjeneste og departementet selv anses å slå gunstig ut miljømessig og økonomisk.

Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens strålevern og Statens legemiddelverk har i tråd med tildelingsbrevene for 2004 igangsatt arbeidet med å innføre miljøledelse innen utgangen av 2005. I løpet av de siste to årene er det jobbet aktivt med utformingen av miljøkrav innenfor satsingsområdene innkjøp, energibruk, og avfallshåndtering. Nasjonalt folkehelseinstitutt vil fra 2006 formulere eksplisitte miljømål og miljøindikatorer knyttet til tiltaksområdene slik at miljøledelse blir en integrert del av styringssystemet.

Norsk pasientskadeerstatning startet i 2004 arbeidet med miljøledelse etter statlige krav. Som ledd i arbeidet er det foretatt en kartlegging av hvordan virksomheten påvirker det ytre miljø. Det er tatt utgangspunkt i de fire kjerneområdene innkjøp, avfall, transport og energi. Sammen med mål for miljøarbeidet er det satt opp miljøforbedrende tiltak med frister og oppfølgingsansvarlige. Med bakgrunn i kartleggingen av dagens situasjon er det i første omgang prioritert tiltak for mer miljøbevisste innkjøp og tiltak for å redusere avfall og papirforbruk. På disse områdene vil det raskt kunne oppnås en miljøgevinst. Deretter vil det bli fokusert på tiltak innen områdene transport og energi.

Regionale helseforetak fikk oppdraget i styringsdokumentet for 2004, jf. krav i protokoll fra foretaksmøter i januar 2005 der det framgår at alle statlige virksomheter, herunder regionale helseforetak, skal innføre miljøledelse som integrert del av sitt styringssystem innen 2005. I henhold til rapportering i årlig melding for 2004 har alle regionale helseforetak startet opp arbeidet med sikte på implementering innen 2005.

Sosial- og helsedirektoratet har i tråd med tildelingsbrevene for 2004 satt i gang arbeidet med å innføre miljøledelse i løpet av 2005. Administrasjonsdivisjonen i direktoratet har ansvaret for miljøledelsen særlig knyttet opp mot bygningers drift og IT. Ved innflytting i rehabiliterte lokaler i 2003 ble det stilt omfattende miljøkrav til utleieren ved valg av materialer og energiøkonomisering. Miljøkrav blir nå stilt ved innkjøp, energi og avfallshåndtering.

Statens helsetilsyn skriver i sin årsrapport 2004 at de har gjennomført følgende tiltak i miljøvennlig retning: Redusert energiforbruk ved bedre styring av ventilasjonsanlegget (slås av i helger og netter),

returordninger på papir, lysstoffrør og toner, alt elektrisk utstyr som fases ut samles og leveres som spesialavfall, miljø var et av kriteriene ved valg av firma for daglig renhold av Helstilsynets lokaler, samt oppfordring om økt bruk av videokonferanser i Helsetilsynet, Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene. Helsetilsynets rapportering for 2004 viser at de er godt i gang med miljøarbeidet. I tildelingsbrevet for 2005 er det gjentatt at innen 2005 skal statlige etater og virksomheter ha innført miljøledelse som en integrert del av organisasjonens styringssystemer.

11 Integrering av kjønns- og likestillingsperspektivet i budsjettet

Likestillingsvurdering innenfor eget fagbudsjettområde

Departementet prioriterer kvinnehelse som et eget satsingsområde. En strategiplan for kvinners helse ble presentert i St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge. Kvinnehelsestrategien inkluderer økt forskning og bedre kunnskap på området. Kjønnsperspektivet skal være sentralt i helse- og omsorgssektoren, både i forskning, politikkutforming, forebygging og tjenester. Kvinnehelsestrategien har et tidsperspektiv på ti år (2003–2013).

Bakgrunnen for en egen kvinnehelsestrategi er et ønske om å møte kvinner på en mer likeverdig måte enn hva som tidligere har vært tilfelle. NOU 1999: 13 Kvinners helse i Norge avdekket en gjennomgående mangel på kjønnsspesifikk kunnskap og kjønnsperspektiv i helsetjenestene. Utvalget understreket betydningen av at kjønnsperspektivet ivaretas i kunnskapsproduksjon, formidling, helsetjenester og velferdsordninger, og det påpekte spesielt behovet for mer kunnskap og forståelse av årsakssammenhenger om sykdommer som rammer kvinner. Et kjønnsperspektiv på medisinsk behandling, forebyggingsstrategier og tjenestyting vil synliggjøre uønsket ulikhet mellom kvinner og menn.

Departementet har i 2004 og 2005 bedt de regionale helseforetakene om å legge vekt på at helsetjenestene skal utvikles i et kjønnsperspektiv, og at spesielle utfordringer knyttet til kvinners og menns helse må møtes med tilstrekkelig kunnskaper og ressurser.

Kjønnsperspektiv og bevisstgjøring om kjønnsforskjeller i all klinisk forskning er ivaretatt gjennom signaler til de regionale helseforetakene og til Norges forskningsråd, og er nedfelt i rådets nye programplaner. Forskningsrådet har utarbeidet en statusrapport for forskning på kvinners helse, hvor det pekes på behov for ytterligere forskning på en rekke områder. Forskning på kvinners helse ble styrket med 3 mill. kroner i 2004 og med ytterligere 6 mill. kroner i 2005. Midlene gikk blant annet til osteoporoseforskning, psykisk helse og den norske mor og barn-undersøkelsen i regi av Nasjonalt folkehelseinstitutt. I 2006 vil det fortsatt bli satset på forskning på kvinner helse gjennom Norges forskningsråd.

Handlingsprogram for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd ble lagt fram i 2005. Sosial- og helsedirektoratet skal i løpet av 2005 utarbeide faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og følge opp tiltakene i planen.

De regionale helseforetakene har vært opptatt av å sikre god brystkreftbehandling, og har sammen med Sosial- og helsedirektoratet gjennomgått organiseringen av utredning og behandling av brystkreft. Det tas sikte på en viss sentralisering av operasjonstilbudene for å styrke kunnskapsgrunnlaget.

Departementet legger opp til at det skal satses for å utvikle kunnskap om forekomst, risikofaktorer, forløp og behandling av fibromyalgisyndromet.

Forskning på kjønnsforskjeller ved bivirkning av legemidler kan bli enklere gjennom etableringen av et reseptbasert legemiddelregister. Statens legemiddelverk arbeider for å få en mer lik kjønnsfordeling i medisinske effektstudier av legemidler. Forskningsprosjektet Kvinner og bivirkninger ser på bivirkninger av psykofarmaka innen alderspsykiatrien, og skal videreføres i 2006.

Kjønnsperspektivet vektlegges også i oppfølgingen av strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer, der oppmerksomheten særlig har vært rettet mot hivpositive kvinner med innvandrerbakgrunn og homofile menn som viser seg spesielt utsatt når det gjelder hivsmitte. Kjønnsperspektivet er særlig relevant i arbeidet med ungdom og seksualitet.

For å styrke jenters selvtillit og bevisstgjøring om egen kropp, er treningsopplegget Sett dine egne grenser gjennomført som en del av handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap 2004– 2006. Forebygging av uønsket svangerskap og abort blant ungdom drives blant annet ved at det gis gratis p-piller rekvirert av lege til 16–19-åringer sammen med god veiledning i samliv, seksualitet og prevensjon.

Det er gjennomført en strategiplan mot spiseforstyrrelser. Denne revideres i 2005 og videreføres med nye tiltak. Behandlingskapasiteten i spesi-

alisthelsetjenesten til personer med sykelig overvekt er i ferd med å bygges ut. Kunnskapsutvikling og behandling av spiseforstyrrelser er et satsingsområde.

Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse under Ullevål universitetssykehus arbeider med fler- og tverrfaglige problemstillinger og krysskulturell kommunikasjon. Styrking av opplæring og veiledning av helsepersonell for å kunne yte bedre helsetjenester til kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn er en viktig oppgave ved enheten.

Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress ble etablert i 2004 lokalisert til Ullevål universitetssykehus. Oppgavene er blant annet å arbeide for å hindre vold og seksuelle overgrep mot kvinner, og for at kvinner som har vært utsatt for overgrep skal få et godt hjelpetilbud. Handlingsplanen vold i nære relasjoner 2004–2007 ble lagt fram i 2004. Planen omfatter også også forskning på feltet.

I forbindelse med oppfølgingen av fastlegeordningen er Rikstrygdeverket bedt om å inkludere kjønnsvariabler i sin statistikk knyttet til administrering av fastlegenes lister. Norges forskningsråd er gjennom retningslinjer for den forskningsbaserte evalueringen av fastlegeordningen bedt om at kjønnsperspektivet anvendes i analysene der dette lar seg gjøre. Departementet vil følge opp videre hvorvidt fastlegeordningen har ulike konsekvenser for menn og kvinner, det være seg leger eller pasienter.

Oppfølging av likestillingslovens bestemmelse om redegjørelsesplikt

Helse- og omsorgsdepartementet har i alt 201,5 ansatte (inkl. to ansatte i fødselspermisjon), hvorav 38 pst. er menn og 62 pst. er kvinner. Departementet har 46 embetsstillinger fordelt på 52 pst. kvinner og 48 pst. menn. Det er ingen eller liten forskjell på avlønningen av kvinner og menn i samme stillingskategori. Ulikheter viser seg i stillingskategoriene seniorrådgiver og førstekonsulent. I førstnevnte er gjennomsnittslønnen for menn nærmere 3 pst. høyere enn gjennomsnittslønnen for kvinner. I stillingskategorien førstekonsulent er gjennomsnittslønnen for kvinner 3 pst. høyere enn gjennomsnittslønnen for menn. Heltidsansatte utgjør 89,5 pst. av antall ansatte, hvorav 42,6 pst. er menn. Departementet har videre 21 ansatte som arbeider deltid eller har redusert stilling, og alle disse er kvinner. Av disse 21 arbeider fem deltid. Videre har departementet 11 ansatte i ulønnet permisjon. Av disse er det 18 pst. menn og 82 pst. kvinner. Departementet har likestilling som en integrert del av sin overordnede og daglige lønns- og personalpolitikk.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har om lag 700 ansatte, hvorav to tredeler er kvinner. Kvinner utgjør 37 pst. av ledere ved instituttet, mens 40 pst. av toppledergruppen er kvinner. I vitenskapelige seniorstillinger er det en lavere kvinneandel enn for instituttet generelt, mens rekrutteringsgrunnlaget til disse stillingene har en kvinneandel på . Det er fortsatt et noe høyere lønnsnivå for menn enn kvinner, selv om det korrigeres for stillingstype og alder. Men i 2004 økte gjennomsnittslønnen mer for kvinner enn menn, så det er en positiv utvikling. På tiltakssiden legges det bl.a. vekt på å øke rekruttering av menn til stillinger med stor overvekt av kvinner. Folkehelseinstituttet vil også legge vekt på å sørge for at kvinner får videreutvikle og synliggjøre sin kompetanse og delta i meritterende aktiviteter slik at kvinneandelen øker i vitenskapelige seniorstillinger og lederstillinger. Instituttet har flere personalpolitiske virkemidler som har betydning i et likestillingsperspektiv, som fleksible arbeidsordninger, barnehage og et trivelig arbeidsmiljø.

Norsk pasientskadeerstatning har følgende kvinneandel blant de ansatte: 65 pst. i arbeidsstokken, 46 pst. blant ledere og 63 pst. andel i total lønnsmasse. Andelen menn i ledende stillinger er høyere enn i den totale arbeidsstokken. Dette medfører også at menn har en høyere andel av total lønnsmasse. Etter de siste lokale lønnsforhandlingene, oppnådde NPE en lønnsmessig utjevning. Det er etablert en ordning med stedfortredere for ledere, og av 13 stedfortredere er 7 kvinner og 6 menn. Likestillingstiltak vurderes løpende som en del av personalpolitikken. Status og eventuelle nye tiltak diskuteres mellom NPEs ledelse og tillitsvalgte.

Andel kvinner	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF
Hele styret (9)	44 pst.	33 pst.	56 pst.	56 pst.	44 pst.
Eieroppnevnte medlemmer (6)	50 pst.	50 pst.	50 pst.	50 pst.	33 pst.
Ansattes representanter (3)	33 pst.	0 pst.	67 pst.	67 pst.	67 pst.
Styreleder	Kvinne	Mann	Kvinne	Mann	Mann

Regionale helseforetak har en relativt jevn kjønnssammensetning av styrene, jf tabell ovenfor. I 2005 utnevnes nye styrer for de regionale helseforetakene og helseforetakene. Eier er opptatt av å sikre likestillingsperspektivet i styresammensettingen også i de nye styrene. Det ble derfor satt som et eierkrav i foretaksmøtene i januar 2005 at de regionale helseforetakene skal sikre styresammensetning i underliggende helseforetak som ivaretar kjønnsmessig balanse i samsvar med gjeldende krav om at hvert kjønn skal være representert med minst 40 prosent. Her følger en kort omtale av noen relevante forhold fra hver region for driftsåret 2004. Helse Øst melder i sin årsberetning for 2004 at tre av styrene i foretaksgruppen er ledet av kvinner (37,5 pst.). Av de eieroppnevnte styrerepresentantene er det 22 kvinner (44,9 pst.). 42,5 pst. av de ansatte i Helse Øst RHF er kvinner. Videre melder Helse Øst at det i avtaleverket og i interne prosedyrer i det regionale helseforetaket er vektlagt kjønnsnøytrale løsninger. Helse Sør melder i sin årsberetning for 2004 at tre av åtte helseforetaksstyrer ledes av en kvinne, mens alle administrerende direktører for helseforetakene i 2004 var menn. Blant de ansatte i Helse Sør RHF er det en lik fordeling mellom kvinner og menn. Helse Sør er opptatt av å styrke kvinneandelen blant helseforetakslederne, både ved ekstern rekruttering og utvikling av interne kandidater. I Helse Vest skal helseforetakene arbeide aktivt med likestillingstiltak i forbindelse med lønnsforhandlinger, rekruttering og i planleggingen av arbeidsturnus. Deltidsarbeid, lønnsforskjeller og andre likestillingsutfordringer er kartlagt og noen av helseforetakene har satt mål om å redusere omfanget av ufrivillig deltid. Helse Midt-Norge melder i sin årsberetning for 2004 at det i styrene i foretaksgruppen er 32 kvinner (43 pst.) og 42 menn. To av de underliggende foretakene ledes av kvinner. Mulighet for videre- og etterutdanning skal være likt fordelt mellom kjønn, det samme skal muligheter til å få permisjon. Helse Nord melder at kvinneandelen blant ansatte i Helse Nord RHF i 2004 var i underkant av 50 pst. Ledergruppen i Helse Nord RHF besto i 2004 av syv menn og én kvinne. I følge styrets årsberetning for 2004 er kvinner underrepresentert i lederstillinger på mellom- og toppnivå i helseforetakene, i forhold til sin andel av de ansatte. Likestilling er ett av satsingsområdene i overordnet personalpolitikk.

Sosial- og helsedirektoratet hadde i 2004 491 ansatte, av dette er 69 pst. kvinner. 11 pst. av arbeidsstokken er deltidstilsatte, av dette er 77 pst. kvinner. I gruppen deltidstilsatte er lønnsforskjellen mellom kvinner og menn 15 trinn, fra 45 til 60. Blant fast ansatte til og med rådgivernivå er det små lønns forskjeller mellom kvinner og menn. Gruppen seniorrådgivere har snitt lønnstrinn 60 for kvinner og 64 for menn. Gruppen fagstillinger/prosjektledere utgjør 8 pst. og har 57 pst. kvinner. Her ser vi den største forskjellen i lønnstrinn med kvinner 58 og menn 66. Legene trekker gruppen menn opp og avdelingsbibliotekarer trekker gruppen kvinner ned. Assisterende direktører og avdelingsdirektører utgjør 6 pst. av bemanningen, 37 pst. av disse er kvinner. Gjennomsnittlig lønnstrinn for kvinner er 74 og for menn 77. Direktoratet har i 2004 hatt som mål å få til en jevnere fordeling av kvinner og menn spesielt i lederstillinger. Dette målet er oppnådd hva angår toppledergruppen hvor fordelingen nå er 4 kvinner og 4 menn. Tiltak som har bidratt til dette har vært bevisst satsing på interne lederemner til ledige lederstillinger der hvor disse vurderes som godt kvalifisert, bl.a. har man latt ledere fungere i engasjementer internt for kortere perioder i lederstillinger før ekstern kunngjøring. I avdelingsdirektørgruppen er fordelingen 8 kvinner og 14 menn. I november 2004 er det gjennomført en arbeidsmiljøkartlegging. De foreløpige resultatene viser det er forskjeller i kvinner og menns opplevelser av trivsel og kompetanseutvikling på arbeidsplassen, og direktoratet vil gjennom et tett samarbeid med lederne og bedriftshelsetjenesten sette inn konkrete tiltak på avdelingsnivå og i oppfølging og utvikling av lederne. For å få til en jevnere og mer rettferdig fordeling mellom stillingsgrupper og kvinner/menn og bruke lønnspolitikken som et aktivt virkemiddel for å oppnå dette, er det i 2005 nedsatt en partssammensatt gruppe som skal utarbeide en lønnspolitikk for direktoratet og bl.a. ha kjønnsperspektivet som en del av mandatet.

Statens helsetilsyn hadde i 2004 86 ansatte, hvorav 60 pst. er kvinner. Det er likevel flere menn enn kvinner på direktørnivå. På de andre stillingsnivåene er det flest kvinner. Helsetilsynet har i sitt lønnspolitiske dokument fastslått at de skal være en organisasjon hvor lønnssystemet skal bidra til reell likestilling mellom kjønnene. Dette er foreløpig ikke oppnådd. Menn har en gjennomsnittlig årslønn som er rundt 10 pst. høyere enn kvinners. Noe av årsaken er overvekt av kvinner i lavere stillinger. Kvinnene står for en større andel av sykefraværet i virksomheten (om lag 70 pst.) enn kvinneandelen skulle tilsi. Tallene er ikke urovekkende og gir ikke grunnlag for å iverksette spesielle tiltak. Statens helsetilsyn har sluttet seg til regjeringens moderniseringsprogram hvor det blant annet står at en forutsetning for bedre offentlig sektor er at personalpolitikken må virke motiverende. Dette omfatter også likestillingsområdet.

Statens legemiddelverk er en etat med høy kvinneandel. I nyrekruttering er Legemiddelverket bevisst på at en jevnere kjønnsfordeling vil virke positivt for både arbeidsmiljø og faglig utvikling. Toppledergruppen består av 7 personer hvor 71 pst. utgjør kvinner. Mellomledergruppen utgjøres av 13 personer hvorav 69 pst. utgjøres av kvinner. Likestilling er tatt inn som virkemiddel i tilpasningsavtalen til hovedavtalen.

Statens strålevern er involvert i likestillingsarbeidet ved å integrere kjølnns- og likestillingsperspektivet i den faglige virksomheten. Det arbeides med å få en jevn fordeling mellom kvinner og menn på alle nivåer i organisasjonen, videre legges det vekt på at det ikke skal være lønnsforskjeller som følge av kjønn. I 2004 ble kvinnene tildelt om lag 70 pst. av potten ved de lokale lønnsforhandlingene, mens kvinneandelen av de tilsatte er 55 pst.

12 Fornying, organisasjons- og strukturendring i statsforvaltningen

Nasjonalt kompetansenettverk for autisme

Det tas sikte på å knytte Nasjonalt kompetansenettverk for autisme (Autismenettverket) til helseforetakssystemet 1. januar 2006. Dette vil medføre at regionale helseforetak får sektoransvar for at det ytes slike tjenester til innbyggerne i regionen. Ett regionalt helseforetak forutsettes å ivareta ansvaret på vegne av alle helseregionene. Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 732 post 70.

Nasjonalt kompetansesystem for døvblinde

Det tas sikte på å knytte Nasjonalt kompetansesystem for døvblinde (Døvblindesystemet) til helseforetakssystemet 1. januar 2006. Dette vil medføre at regionale helseforetak får sektoransvar for at det ytes slike tjenester til innbyggerne i regionen. Det forutsettes at ett regionalt helseforetak skal ivareta ansvaret på vegne av alle helseregionene ved å inngå avtale om drift med de ulike enhetene i Døvblindesystemet. Bevilgningen til Nasjonalt kompetansesystem for døvblinde foreslås flyttet til kap. 732 post 70.

Pasienttransport

Ansvaret for pasienttransport og transport av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten ble flyttet fra trygdeetaten til regionale helseforetak 1. januar 2004. Finansieringsansvaret for pasienttransport har vært delt mellom staten og regionale helseforetak. I St.prp. nr. 65 (2004–2005) ble det foreslått at hele finansieringen flyttes til regionale helseforetak fra 2006.

Regionale helseforetak har siden 2004 vært ansvarlig for anbudsrunder og inngåelse av transport- og oppgjørsavtaler med transportører. Vedtaket om at alle utgifter skal dekkes av regionale helseforetak innebærer at ansvaret for direkte oppgjør (utbetaling og kontroll) til transportører også skal ligge hos helseforetakene. Dette er tjenester som regionale helseforetak har kjøpt hos trygdeetaten. De fem regionale helseforetakene har inngått enkeltvise avtaler med Rikstrygdeverket for perioden 1. januar 2004 – 31. desember 2005 som regulerer dette. Avtalene omfatter også behandling av enkeltsaker på lokale trygdekontor og informasjon (førstelinjen). Det er nå initiert et arbeid mellom partene med sikte på å inngå nye avtaler fra 1. januar 2006 som tar hensyn til endringen i finansieringsansvar og flyttingen av ansvar for direkte oppgjør til helseforetakene.

Opptreningsinstitusjoner og helsesportssentra

Opptreningsinstitusjoner, helsesportsentra mv. er godkjent med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven. Stønad til opphold i opptreningsinstitusjoner, helsesportsentra mv. ytes med hjemmel i folketrygdloven § 5-20. Finansieringsansvar og bestilleransvar for opptreningsinstitusjoner, helsesportsentra mv. og lungesykehus skal flyttes til regionale helseforetak 1. januar 2006. I 2003 ble deler av bevilgningen til disse institusjonene flyttet til regionale helseforetak. Regionale helseforetak forbereder avtaler i 2005 som skal gjøres gjeldende 1. januar 2006. I 2006 flyttes midler til regionale helseforetak fordelt slik institusjonene er geografisk fordelt. Det forutsettes at midlene fra 2007 fordeles etter kostnadsnøkkel. Ved inngåelse av avtaler forutsettes regionale helseforetak å vurdere hvilke tjenester det er behov for i regionen. Tjenestene i opptreningsinstitusjonene, helsesportsentrene mv. forutsettes å ses i sammenheng med øvrige tjenester i regionen, slik at disse tjenestene blir en del av en helhetlig tjeneste.

Forvaltning av helserefusjoner i trygdeetaten

Det skal foretas en gjennomgang av helserefusjonsområdet i trygdeetaten, jf. St.prp. nr. 46 (2004–2005) og Innst. S. nr. 198 (2004–2005) om ny arbeids- og velferdsforvaltning. Målet er forenkling av oppgaveløsingen, økt brukervennlighet og bedre styring med ressursene. Oppgavene er bl.a. knyttet til:

- direkte oppgjørsordninger mellom trygdeetaten og fysioterapeuter, fastleger, psykologer, legespesialister med driftsavtale, apotek, banda-

sjist, logopeder-audiopedagoger og private laboratorier og røntgeninstitutt
- oppgjørsordning for statlige helseinstitusjoner og helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak
- oppgjørsordninger mot regionale helseforetak publikum i forbindelse med pasienttransport
- refusjon ved behandling hos tannlege og kiropraktor
- frikort ved egenandelstak 1 og 2
- refusjon av utgifter til legemidler på blå resept
- bidrag til en rekke formål etter § 5-22 på grunnlag av søknad fra pasient/lege.

Forvaltningsoppgavene er knyttet til oppgjør og utbetaling, behandling av søknader, informasjon, rådgivning, kontroll, registrering, klagesaker og annen oppfølging.

Helse- og omsorgsdepartementet har satt i gang en kartlegging av feltet, som skal være fullført innen utgangen av september 2005. Etter at kartleggingen er gjennomført vil det bli utredet alternative modeller for organisering og oppgaveløsing.

Utgangspunkt for en gjennomgang og vurdering av feltet må være at oppgaver og ansvar skal være organisert på en måte som:
- Tilfredsstiller krav til brukervennlighet og nærhet til brukere
- Sikrer effektiv ressursutnyttelse og faglig forsvarlig oppgaveløsing
- Forenkler og i større grad digitaliserer saksbehandlingen
- Sikrer god forvaltning og gode økonomiske styringsdata.

Departementet vil komme tilbake til saken.

13 Oppfølging av anmodningsvedtak fra Stortinget

Vedtak nr. 57, 25. november 2004

Ved behandlingen av Budsjett-innst. S. I (2004–2005) fra finanskomiteen om forslag om nasjonalbudsjett og statsbudsjett for 2005 vedtok Stortinget følgende anmodning:

> «Stortinget ber Regjeringen legge frem forslag til Nasjonal plan for forebygging, forskning og behandling av Diabetes for Stortinget i løpet av 2005.»

Det redegjøres for oppfølging av vedtaket i kapitel 8 Nasjonal plan for forebygging, forskning og behandling av diabetes.

Vedtak nr. 121, 8. desember 2004

Ved behandlingen av Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004–2005) fra sosialkomiteen om forslag om bevilgninger på statsbudsjett for 2005 vedtok Stortinget følgende anmodning:

> «Stortinget ber Regjeringen gjennomgå situasjonen til private rusverninstitusjoner som ikke omfattes av spesialisthelsetjenesten, og komme tilbake til Stortinget med vurdering av tiltak for å sikre dette tilbudet til rusmiddelmisbrukere.»

Det redegjøres for oppfølgingen av vedtaket under kap. 761 post 70 Frivillig rusmiddelforbyggende arbeid mv.

Vedtak nr. 123, 8. desember 2004

Ved behandlingen av Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004–2005) fra sosialkomiteen om forslag om bevilgninger på statsbudsjett for 2005 vedtok Stortinget følgende anmodning:

> «Stortinget ber Regjeringen om at dersom Statens legemiddelverks utredning angående legemiddelet Remicade gir grunnlag for å endre refusjonsvilkår, legges saken frem for Stortinget med sikte på en avklaring i Revidert nasjonalbudsjett våren 2005.»

I St.prp. nr. 65 (2004–2005) redegjorde Helse- og omsorgsdepartementet for at saken vil bli vurdert i sammenheng med en helhetlig gjennomgang av finansieringen av dyre legemidler i sykehus. Det vises til omtalen av vedtak nr. 572.

Vedtak nr. 281, 17.mars 2005

Ved behandlingen av Innst. S. nr. 122 (2004–2005) fra sosialkomiteen om dokument 8-forslag om utarbeide kriterier for en minstenorm for legedekning ved norske sykehjem vedtok Stortinget følgende anmodning:

> «Stortinget ber Regjeringen utarbeide kriterier for en minstenorm for legedekning ved norske sykehjem og legge kriteriene fram for Stortinget i forbindelse med kommuneøkonomiproposisjonen for 2006.»

Det redegjøres for oppfølgingen av vedtaket i innledningen til programkategori 10.60, jf. overskriften Nærmere omtale av enkelte saker.

Vedtak nr. 381, 31. mai 2005

Ved behandlingen av Innst. S. nr. 212 (2004–2005) fra sosialkomiteen om ventetidsgaranti for behandling av barn og ungdom som er psykisk syke vedtok Stortinget følgende anmodning:

> «Stortinget ber Regjeringen innføre en ventetidsgaranti for behandling innen barne- og ungdomspsykiatrien, dersom dette kan være et egnet virkemiddel for å redusere ventetiden. Stortinget ber Regjeringen legge fram en sak om ventetidsgaranti for behandling av barn og unge som er psykisk syke, så snart som mulig.»

Det redegjøres for oppfølgingen av vedtaket i kapitel 9 Barn og unges psykiske helse, jf. underoverskriften Nærmere om ventetidsgaranti for barn og unge med psykiske lidelser.

Vedtak nr. 519, 16. juni 2005

Ved behandlingen av Innst. S. nr. 245 (2004–2005) fra kommunalkomiteen om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2006 vedtok Stortinget følgende anmodning:

> «Stortinget ber Regjeringen utarbeide en oversikt som viser de økonomiske virkningene av innlemmingen av vertskommunetilskuddet for

de aktuelle kommunene. Denne oversikten må presenteres i statsbudsjettet for 2006.»

Det redegjøres for oppfølgingen av vedtaket under kap. 761 post 61 Tilskudd til vertskommuner.

Vedtak nr 520, 16. juni 2005

Ved behandlingen av Innst. S. nr. 245 (2004–2005) fra kommunalkomiteen om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2006 vedtok Stortinget følgende anmodning:

> «Stortinget ber Regjeringa i samband med statsbudsjettet for 2006 leggja fram forslag som sikrar ei føreseieleg økonomisk ordning for kommunar som er avhengige av skyssbåtar til helsepersonellet sitt.»

Det vises til tidligere orienteringer i saken, senest gitt i St.prp. nr. 60 (2004–2005) Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2006 (kommune-proposisjonen), side 42.

Helse- og omsorgsdepartementet har foretatt flere kvalitetskontroller på kostnadene knyttet til transport av helsepersonell i kommunene, med spesielt fokus på kommuner som benytter båt. 71 kommuner fikk korrigert sitt tilskudd i forhold til det som var lagt til grunn i saldert budsjett (jf. rundskriv H-11/04 fra KRD). Etter denne omfordelingen har tre kommuner som benytter båt i sin transport av helsepersonell mottatt ekstra tilskudd.

Disse kommunene har mottatt ekstra skjønnsmidler som kompensasjon for mindreinntekter på grunn av for lav inngående fordeling ved innlemming av tilskuddet til transport av helsepersonell. Departementet har etter dette ikke mottatt flere henvendelser fra kommuner knyttet til den økonomiske ordningen. Overgangsordningen vil være gjennomført i 2009 og tilskuddet vil da i sin helhet være fordelt etter kriteriene i inntektssystemet. Det vises til forslag til romertallsvedtak nr. VI.

Vedtak nr. 521, 16. juni 2005

Ved behandlingen av Innst. S. nr. 245 (2004–2005) fra kommunalkomiteen om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2006 vedtok Stortinget følgende anmodning:

> «Stortinget ber Regjeringen om å gjennomgå det samlede heldøgnstilbudet for mennesker med psykiske lidelser innenfor sykehusavdelingene, de distriktspsykiatriske sentrene og de psykiatriske sykehjemmene ut fra forutsetningen om at det samlede heldøgnstilbudet skal styrkes, og legge fram en samlet plan for den videre utbyggingen for Stortinget i forbindelse med statsbudsjettet for 2006.»

Det redegjøres for oppfølgingen av vedtaket under kap. 743 post 75 Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, jf. underoverskriften Døgnplasser i spesialisthelsetjenesten.

Vedtak nr. 522, 16. juni 2005

Ved behandlingen av Innst. S. nr. 245 (2004–2005) fra kommunalkomiteen om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2006 vedtok Stortinget følgende anmodning:

> «Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om at finansieringsordningen for særlig ressurskrevende brukere endres slik at den enkelte kommunes utgifter utover innslagspunktet legges til grunn for den statlige kompensasjonen.»

Det redegjøres for oppfølgingen av vedtaket under kap. 761 post 64 Ressurskrevende brukere.

Vedtak nr. 523, 16. juni 2005

Ved behandlingen av Innst. S. nr. 245 (2004–2005) fra kommunalkomiteen om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2006 vedtok Stortinget følgende anmodning:

> «Stortinget ber Regjeringen følge opp vedtaket om å legge fram en sak om brukerstyrt personlig assistanse (BPA) der rettighetsfesting for brukerne, tjenestens omfang og innhold samt ulike modeller for statlig medfinansiering utredes. Saken skal legges fram i forbindelse med statsbudsjettet for 2006.»

Det redegjøres for oppfølgingen av vedtaket under kap. 761 post 66 Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse.

Vedtak nr. 524, 16. juni 2005

Ved behandlingen av Innst. S. nr. 245 (2004–2005) fra kommunalkomiteen om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2006 vedtok Stortinget følgende anmodning:

> «1. Stortinget ber Regjeringen påse at det utarbeides individuell plan etter helse- og sosiallovgivningen for utflytting av unge funksjonshemmede fra eldreinstitusjon. Utflyttingen må tidfestes.
>
> 2. Stortinget ber Regjeringen vurdere eventuelle virkemidler for å stimulere til utflytting av

unge funksjonshemmede fra eldreinstitusjon, herunder gjeninnføring av tilskudd.»

Det redegjøres for oppfølgingen av vedtaket i innledningen til programkategori 10.60 Omsorgstjenester, jf. underoverskriften Unge personer med nedsatt funksjonsevne i alders- og sykehjem.

Vedtak nr. 571, 17. juni 2005

Ved behandlingen av Innst. S. nr. 240 (2004–2005) fra finanskomiteen om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2005 vedtok Stortinget følgende anmodning:

> «Stortinget ber Regjeringen utsette kravet om økonomisk balanse for helseforetakene til utgangen av 2006. Med unntak av Helse-Sør må halvparten av balansekravet innfris i 2005.»

Det redegjøres for oppfølgingen av vedtaket under kap. 732 Regionale helseforetak, jf. avsnittet Plan og melding fra de regionale helseforetak, underavsnittet Økonomiske krav.

Vedtak nr. 572, 17. juni 2005

Ved behandlingen av Innst. S. nr. 240 (2004–2005) fra finanskomiteen om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2005 vedtok Stortinget følgende anmodning:

> «Stortinget ber Regjeringen endre forskriften om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr under følgende paragraf gjeldende refusjon etter folketrygdloven § 5-15 – § 15 Legemiddelliste endres slik at det under vilkårene for refusjon under legemiddelet Remicade tilføyes ny bokstav c som skal lyde: Rikstrygdeverket kan når særlige grunner taler for det, godkjenne at det, etter søknad, ytes stønad også på andre indikasjoner for preparatet. Gjelder inntil en ny permanent ordning er på plass.»

Det redegjøres for oppfølgingen av vedtaket under kap. 2751 post 70 Legemidler.

Vedtak nr. 579, 17. juni 2005

Ved behandlingen av Innst. S. nr. 240 (2004–2005) fra finanskomiteen om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2005 vedtok Stortinget følgende anmodning:

> «Stortinget ber Regjeringen utvide ordningen med at kiropraktorer og manuellterapeuter skal kunne sykmelde inntil 8 uker og henvise til relevant spesialist og fysioterapi på gitte vilkår, til å gjelde hele landet. Dette skal omfattes av refusjonsordningen uten at pasienten må være henvist av lege. Ordningen trer i kraft så raskt som praktisk mulig.»

Det redegjøres for oppfølgingen av vedtaket under 2755 post 73 Kiropraktolandling.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

1. I St.prp. nr. 1 om statsbudsjettet for år 2006 føres opp de summene som er nevnt i et framlagt forslag:

a. Sum utgifter under kap. 700–761 og 2711–2790	kr	102 255 138 000
b. Sum inntekter under kap. 3700–3751, 5577 og 5578	kr	811 021 000

Forslag til vedtak om bevilgning for budsjettåret 2006, kapitlene 700–761 og 2711–2790, 3700–3751, 5577 og 5578

I
Utgifter:

Kap.	Post		Kr	Kr
		Helse- og omsorgsdepartementet m.m.		
0700		Helse- og omsorgsdepartementet (jf. kap. 3700)		
	01	Driftsutgifter	123 169 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	3 448 000	126 617 000
0701		Forskning		
	50	Norges forskningsråd mv.	142 464 000	142 464 000
0702		Helse- og sosialberedskap		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 70*	23 876 000	
	70	Tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	3 300 000	27 176 000
0703		Internasjonalt samarbeid (jf. kap. 3703)		
	21	Spesielle driftsutgifter	18 980 000	18 980 000
		Sum Helse- og omsorgsdepartementet m.m.		315 237 000
		Folkehelse		
0710		Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 3710)		
	01	Driftsutgifter	396 418 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	156 699 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	13 376 000	566 493 000
0712		Bioteknologinemnda		
	01	Driftsutgifter	6 474 000	6 474 000
0715		Statens strålevern (jf. kap. 3715)		
	01	Driftsutgifter	56 364 000	
	21	Oppdragsutgifter	34 595 000	90 959 000
0719		Folkehelse		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	39 838 000	
	60	Kommunetilskudd, *kan overføres*	24 700 000	
	70	Hivforebygging, smittervern mv., *kan overføres*	26 488 000	
	71	Forebygging av uønskede svangerskap og abort, *kan overføres*	23 079 000	

Kap.	Post		Kr	Kr
	72	Stiftelsen Amathea	15 507 000	
	73	Fysisk aktivitet, *kan overføres*	12 735 000	
	74	Skolefrukt, *kan overføres*	25 550 000	
	79	Andre tilskudd, *kan overføres*	15 000 000	182 897 000
		Sum Folkehelse		846 823 000
		Helsetjeneste		
0720		Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap. 3720)		
	01	Driftsutgifter	291 390 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	43 116 000	
	22	Elektroniske resepter, *kan overføres*	35 460 000	369 966 000
0721		Statens helsetilsyn (jf. kap. 3721)		
	01	Driftsutgifter	65 434 000	65 434 000
0722		Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 3722)		
	01	Driftsutgifter	64 559 000	
	70	Dekning av advokatutgifter	12 805 000	77 364 000
0723		Pasientskadenemnda (jf. kap. 3723)		
	01	Driftsutgifter	19 439 000	19 439 000
0724		Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak (jf. kap. 3724)		
	01	Driftsutgifter	23 358 000	
	21	Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten, *kan nyttes under post 70*	22 693 000	
	61	Tilskudd til turnustjenesten	146 800 000	
	70	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	36 000 000	
	71	Tilskudd til Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap mv.	13 671 000	242 522 000
0725		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap 3725)		
	01	Driftsutgifter	38 002 000	38 002 000
0726		Habilitering og rehabilitering og tiltak for rusmisbrukere		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 70*	19 140 000	
	70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	27 900 000	47 040 000
0727		Tannhelsetjenesten		
	21	Forsøk og utvikling i tannhelsetjenesten, *kan nyttes under post 70*	7 808 000	
	70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	44 800 000	52 608 000

Kap.	Post		Kr	Kr
0728		Forsøk og utvikling mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter	66 783 000	
	70	Tilskudd	19 900 000	86 683 000
0729		Annen helsetjeneste		
	01	Driftsutgifter	30 100 000	
	60	Helsetjeneste til innsatte i fengsel	84 857 000	
	70	Behandlingsreiser til utlandet	86 337 000	
	71	Tilskudd til Norsk Pasientforening m.m.	5 385 000	206 679 000
		Sum Helsetjeneste		1 205 737 000
		Regionale helseforetak		
0732		Regionale helseforetak (jf. kap. 3732)		
	21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, *kan overføres*	15 152 000	
	70	Tilskudd til helseforetakene, *kan overføres, kan nyttes under postene 71, 72, 73, 74, 75*	3 308 196 000	
	71	Tilskudd til Helse Øst RHF, *kan overføres*	17 344 169 000	
	72	Tilskudd til Helse Sør RHF, *kan overføres*	9 744 522 000	
	73	Tilskudd til Helse Vest RHF, *kan overføres*	8 897 897 000	
	74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF, *kan overføres*	6 461 392 000	
	75	Tilskudd til Helse Nord RHF, *kan overføres*	5 730 726 000	
	76	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, *overslagsbevilgning*	13 502 012 000	
	77	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., *overslagsbevilgning*	3 053 108 000	
	78	Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre, *kan overføres*	644 767 000	
	80	Pasienttransport	35 000 000	
	81	Tilskudd til store byggeprosjekter, *kan overføres*	827 539 000	
	90	Lån til investeringsformål i helseforetak	2 750 000 000	
	91	Opptrekksrenter, *overslagsbevilgning*	115 000 000	72 429 480 000
0737		Kreftregisteret		
	70	Tilskudd	75 485 000	75 485 000
		Sum Regionale helseforetak		72 504 965 000

Kap.	Post		Kr	Kr
		Psykisk helse		
0742		Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter		
	01	Driftsutgifter	24 732 000	
	70	Tilskudd	1 818 000	26 550 000
0743		Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	20 084 000	
	62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, *kan overføres*	2 509 357 000	
	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, *kan overføres*	343 308 000	
	72	Tilskudd til Modum bads nervesanatorium	87 369 000	
	73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, *kan overføres*	101 739 000	
	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, *kan overføres*	1 541 006 000	4 602 863 000
0744		Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede		
	70	Fagenhet for tvungen omsorg	42 929 000	42 929 000
		Sum Psykisk helse		4 672 342 000
		Legemidler		
0750		Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578)		
	01	Driftsutgifter	132 065 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	2 999 000	135 064 000
0751		Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 3751 og 5577)		
	21	Spesielle driftsutgifter	18 536 000	
	70	Tilskudd	63 208 000	81 744 000
		Sum Legemidler		216 808 000
		Omsorgstjenester		
0760		Utredningsvirksomhet m.m.		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 70*	3 280 000	
	70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	3 600 000	6 880 000
0761		Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	56 329 000	

Kap.	Post		Kr	Kr
	60	Tilskudd til omsorgstjenester, *kan overføres*	115 424 000	
	61	Tilskudd til vertskommuner	485 881 000	
	63	Tilskudd til rusmiddeltiltak, *kan overføres*	102 910 000	
	64	Ressurskrevende brukere, *overslagsbevilgning*	1 871 416 000	
	66	Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse	72 108 000	
	67	Tilskudd til særskilte utviklingstiltak	21 180 000	
	70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., *kan overføres*	95 059 000	
	71	Tilskudd til frivillig arbeid	15 047 000	
	72	Tilskudd til Landsbystiftelsen	54 974 000	
	73	Tilskudd til døvblinde og døve	10 457 000	
	75	Kompetansesentra m.m.	3 745 000	
	76	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	6 616 000	
	77	Kompetansetiltak	81 400 000	
	79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	10 800 000	3 003 346 000
		Sum Omsorgstjenester		3 010 226 000
		Stønad ved helsetjenester		
2711		Spesialisthelsetjenester mv.		
	70	Refusjon spesialisthjelp	1 085 000 000	
	71	Refusjon psykologhjelp	168 000 000	
	72	Refusjon tannlegehjelp	705 000 000	
	76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	420 000 000	
	78	Opptreningsinstitusjoner m.fl.	120 000 000	2 498 000 000
2751		Legemidler mv.		
	70	Legemidler	7 886 000 000	
	72	Sykepleieartikler	1 120 000 000	9 006 000 000
2752		Refusjon av egenbetaling		
	70	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1	3 471 000 000	
	71	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2	88 000 000	3 559 000 000
2755		Helsetjeneste i kommunene mv.		
	62	Tilskudd til fastlønnsordning fysioterapeuter, *kan nyttes under post 71*	185 000 000	
	70	Refusjon allmennlegehjelp	2 405 000 000	
	71	Refusjon fysioterapi, *kan nyttes under post 62*	1 105 000 000	

Kap.	Post		Kr	Kr
	72	Refusjon jordmorhjelp	36 000 000	
	73	Kiropraktorbehandling	54 000 000	
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling	72 000 000	3 857 000 000
2790		Andre helsetiltak		
	70	Bidrag, lokalt	563 000 000	563 000 000
		Sum Stønad ved helsetjenester		19 483 000 000
		Sum departementets utgifter		102 255 138 000

Inntekter:

Kap.	Post		Kr	Kr
		Diverse inntekter		
3710		Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap. 710)		
	02	Diverse inntekter	37 324 000	
	03	Vaksinesalg	82 300 000	119 624 000
3715		Statens strålevern (jf. kap. 715)		
	02	Salgs- og leieinntekter	1 608 000	
	05	Oppdragsinntekter	35 493 000	37 101 000
3720		Sosial- og helsedirektoratet (jf. kap 720)		
	02	Salgs- og leieinntekter	2 064 000	
	04	Gebyrinntekter	1 000 000	3 064 000
3722		Norsk pasientskadeerstatning (jf. kap. 722)		
	02	Diverse inntekter	1 000 000	
	50	Overføring fra NPE som statlig fond	71 535 000	72 535 000
3723		Pasientskadenemnda (jf. kap. 723)		
	50	Overføring fra NPE som statlig fond	17 916 000	17 916 000
3724		Statens autorisasjonskontor for helsepersonell		
	02	Gebyrinntekter	12 798 000	12 798 000
3725		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (jf. kap. 725)		
	03	Oppdragsinntekter	106 000	106 000
3732		Regionale helseforetak (jf. kap 732)		
	80	Renter på investeringslån	100 000 000	
	90	Avdrag på investeringslån	160 000 000	260 000 000
3750		Statens legemiddelverk (jf. kap. 750)		
	02	Gebyrinntekter	5 741 000	5 741 000

Kap.	Post		Kr	Kr
3751		Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak (jf. kap. 751 og 5577)		
	03	Tilbakebetaling av lån	151 000	151 000
		Sum Diverse inntekter		529 036 000
		Skatter og avgifter		
5577		Legemiddelomsetningsavgift (jf. kap. 751)		
	70	Avgift	150 313 000	150 313 000
5578		Avgift på farmasøytiske spesialpreparater (jf. kap. 750)		
	70	Registreringsavgift	74 784 000	
	71	Kontrollavgift	54 754 000	
	72	Refusjonsavgift	2 134 000	131 672 000
		Sum Skatter og avgifter		281 985 000
		Sum departementets inntekter		811 021 000

Fullmakter til å overskride gitte bevilgninger

II
Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2006 kan:

dekke merverdiavgift under kap. 1633, post 01 og overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 703 postene 21, 60 og 70	kap. 3703 post 03
kap. 710 post 01	kap. 3710 post 02
kap. 710 post 21	kap. 3710 post 03
kap. 715 postene 01 og 21	kap. 3715 postene 02 og 05
kap. 720 postene 01 og 21	kap. 3720 postene 02, 03 og 04
kap. 721 post 01	kap. 3721 postene 02 og 04
kap. 722 post 01	kap. 3722 post 02 (ny)
kap. 724 post 01	kap. 3724 post 02
kap. 725 post 01	kap. 3725 post 03.
kap. 750 post 01	kap. 3750 post 02

Fullmakter til å pådra staten forpliktelser utover gitte bevilgninger

III
Bestillingsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2006 kan foreta bestillinger utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme inklusive merverdiavgift
710		Nasjonalt folkehelseinstitutt	
	21	Spesielle driftsutgifter	100 mill. kroner

IV
Tilsagnsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2006 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
761		Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet	
	60	Tilskudd til omsorgstjenester	1 mill. kroner
	73	Tilskudd til døvblinde og døve	7 mill. kroner

Andre fullmakter

V
Diverse fullmakter

Stortinget samtykker i at:

1. Helse- og omsorgsdepartementet i 2006 kan gi de 5 regionale helseforetakene adgang til å oppta driftskredittlån innenfor en totalramme på 6 500 mill. kroner
2. Helse- og omsorgsdepartementet i 2006 kan nettoføre som utgiftreduksjon under kap. 732 Regionale helseforetak post 80 Pasienttransport, refusjoner fra helseforetakene av utgifter til pasienttransport.
3. det av avgiftspliktig omsetning for legemiddelgrossister i 2006 skal betales avgift tilsvarende 1,3 pst.

VI
Forslag til endring av anmodningsvedtak

Vedrørende anmodningsvedtak nr. 520 av 16. juni 2005:

Stortinget samtykker i at det ikke foretas endringer i den økonomiske ordningen for kommuner som er avhengig av skyssbåter for helsepersonell.

Vedlegg 1

Omtale av ansettelsesvilkårene til ledere i heleide statlige foretak

Oversikten omfatter opplysninger om leders lønn, pensjonsforpliktelser og andre ytelser slik selskapene er pålagt å rapportere etter regnskapsloven. Tallene er hentet fra årsrapportene til de regionale helseforetakene for 2004. Det er styrene i selskapene som etter loven fastsetter lønn til administrerende direktør og øvrige vilkår. I tillegg gis det supplerende merknader i de tilfeller der det har vært skifte av administrerende direktør.

Helse Øst RHF

Administrerende direktør har i regnskapsperioden 2004 mottatt lønn på 1 259 064 kroner, mens andre godtgjørelser beløp seg til 4805 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 212 473 kroner.

Administrerende direktør har avtale om sluttvederlag tilsvarende inntil tolv måneders lønn ut over oppsigelsestiden dersom styret velger å avslutte arbeidsavtalen før han fyller 65 år. Administrerende direktør har avtale om tilleggspensjon på 29 044 kroner per år i ti år ut over offentlig tjenestepensjon. Under gitte forutsetninger har ledergruppen rett på etterlønn i tolv måneder fra fratredelsesdato. Etterlønn vil bli redusert med lønn fra ny arbeidsgiver.

Helse Sør RHF

Tidligere administrerende direktør fratrådte etter overenskomst med styret 29. februar 2004. Det ble konstituert administrerende direktør for perioden 1. mars–31. desember 2004. Lønn til administrerende direktør i denne perioden var 900 000 kroner. Ny administrerende direktør tiltrådte 1. januar 2005.

Administrerende direktør er med i den kollektive pensjonsordningen (KLP) etter ordinære betingelser. Pensjonskostnader for administrerende direktør utgjorde 62 000 kroner for pensjon inntil 12 G.

Helse Vest RHF

Administrerende direktør har i regnskapsperioden 2004 mottatt lønn på 1 282 000 kroner, mens andre godtgjørelser beløp seg til 24 000 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 113 000 kroner.

Administrerende direktør har seks måneders oppsigelsestid fra utløpet av kalendermåneden. Ved oppnådd aldersgrense i henhold til hva som praktiseres for ledende stillinger i statlige foretak, plikter vedkommende å fratre uten nærmere varsel. Fra dette tidspunkt inntrer foretakets pensjonsforpliktelser.

Pensjonsalder i stillingen som administrerende direktør er 65 år. Pensjonsnivået er satt til 66 pst. av full lønn ved fratreden. Det foreligger ingen avtale om vederlag ved fratredelse før pensjonsalder.

Helse Midt-Norge RHF

Administrerende direktør har i regnskapsperioden 2004 mottatt lønn på 1 206 000 kroner, og andre direkte ytelser beløp seg til 109 000 kroner. Ytelse til pensjonsforpliktelse (kollektiv ordning) utgjorde 86 000 kroner, mens pensjonskostnadene (ut over kollektiv ordning) utgjorde 461 000 kroner.

Ved fratredelser etter anmodning fra styret har administrerende direktør krav på lønn i ett år, inklusive lønn i avtalt oppsigelsestid. Til fradrag i sluttvederlaget kommer andre inntekter administrerende direktør har oppebåret som ansatt, konsulent og/eller selvstendig næringsdrivende.

Pensjonsalder i stillingen som administrerende direktør er 65 år. Pensjonsnivået er satt til 66 pst. av full lønn ved fratreden. Pensjonsforpliktelsen skal samordnes med ytelser fra Folketrygden og alle andre pensjonsytelser som er opparbeidet gjennom tidligere ansettelsesforhold. Pensjonsforpliktelsen til Helse Midt-Norge, knyttet til denne avtalen, er beregnet til 1 178 699 kroner inkludert arbeidsgiveravgift per 31. desember 2004.

Helse Nord RHF

Administrerende direktør har i regnskapsperioden 2004 mottatt lønn på 1 155 900 kroner. Ytelser til pensjonsforpliktelser til administrerende direktør utgjorde 138 708 kroner.

Rettigheter til ordinær alderspensjon med tilleggspensjon går fram av den generelle dekning av tilleggspensjon i KLP for Helse Nord RHF. Administrerende direktør skal gå inn i den til en hver tid gjeldende ordning (med avtalefestet førtidspensjon). I tillegg til lønn, tjener administrerende direktør opp halvannen måneds studie- og oppdateringspermisjon for hvert hele år i funksjon som administrerende direktør. Dersom administrerende direktør må fratre, eller selv velger å slutte i sin stilling, forplikter Helse Nord RHF å betale lønn i seks måneder ut over vanlig oppsigelsestid.