DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2009–2010)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2010

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3700–3751, 5572 og 5631

Innhold

Del I

Innledende del 7

1 Helse- og omsorgspolitikken 9

2 Profilen i budsjettforslaget 14

3 Budsjett- og strukturtiltak 21

4 Oversikter 22

Del II

Budsjettforslaget 29

Programområde 10 Helse og omsorg 31

Programkategori 10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv. 31

Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet 31
Kap. 3700 Helse- og omsorgsdepartementet 33
Kap. 701 Forskning 33
Kap. 702 Beredskap 33
Kap. 703 Internasjonalt samarbeid 36
Kap. 3703 Internasjonalt samarbeid 40
Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet 41

Programkategori 10.10 Folkehelse 42

Kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt 43
Kap. 3710 Nasjonalt folkehelseinstitutt 47
Kap. 711 Ernæring og mattrygghet 47
Kap. 712 Bioteknologinemnda 53
Kap. 715 Statens strålevern 53
Kap. 3715 Statens strålevern 55
Kap. 716 Statens institutt for rusmiddelforskning 55
Kap. 3716 Statens institutt for rusmiddelforskning 56
Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet 56
Kap. 718 Rusmiddelforebygging 58
Kap. 3718 Rusmiddelforebygging 63
Kap. 719 Annet folkehelsearbeid 64

Programkategori 10.20 Helseforvaltning 76

Kap. 720 Helsedirektoratet 77
Kap. 3720 Helsedirektoratet 81
Kap. 721 Statens helsetilsyn 81
Kap. 3721 Statens helsetilsyn 87
Kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning 87
Kap. 3722 Norsk pasientskadeerstatning 89
Kap. 723 Pasientskadenemnda 89
Kap. 3723 Pasientskadenemnda 91
Kap. 724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell 91
Kap. 3724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell 92
Kap. 725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 92
Kap. 3725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 94
Kap. 726 Statens helsepersonellnemnd 94
Kap. 727 Tannhelsetjenesten 95
Kap. 728 Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjons-diagnostikknemnda 95
Kap. 729 Pasient- og brukerombud 96

Programkategori 10.30 Spesialisthelsetjenester . 97

Kap. 732 Regionale helseforetak 97
Kap. 3732 Regionale helseforetak 134
Kap. 733 Habilitering og rehabilitering 135
Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse- og rustiltak 138
Kap. 737 Kreftregisteret 141

Programkategori 10.40 Psykisk helse 142

Kap. 742 Kontrollkommisjonene og andre utgifter under psykisk helsevern 142
Kap. 743 Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse 143
Kap. 744 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede 143

Programkategori 10.50 Legemidler 144

Kap. 750 Statens legemiddelverk 144
Kap. 3750 Statens legemiddelverk 146
Kap. 751 Legemiddeltiltak 147
Kap. 3751 Legemiddeltiltak 148

Programkategori 10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene 149

Kap. 760 Utredningsvirksomhet mv. 154
Kap. 761 Omsorgstjeneste 155
Kap. 762 Primærhelsetjeneste 178
Kap. 763 Rustiltak 188
Kap. 764 Psykisk helse 197

Kap. 769 Utredningsvirksomhet mv. 211

Programkategori 10.70 Tannhelsetjenesten 214
Kap. 770 Tannhelsetjeneste 216

Programkategori 10.80
Kunnskap og kompetanse 220
Kap. 780 Forskning 221
Kap. 781 Forsøk og utvikling mv. 227
Kap. 782 Helseregistre 233
Kap. 783 Personell 234

Programområde 30
Stønad ved helsetjenester 240
Programkategori 30.10
Spesialisthelsetjenester mv. 245
Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv. 245

Programkategori 30.50
Legehjelp, legemidler mv. 250
Kap. 2751 Legemidler mv. 250
Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling 253
Kap. 2755 Helsetjeneste i kommunene mv. ... 255

Programkategori 30.90 Andre helsetiltak 259
Kap. 2790 Andre helsetiltak 259

Del III
Omtale av særlige tema 261

6 Nasjonal helseplan (2007–2010) 263
6.1 Helhet og samhandling 263
6.2 Demokrati og legitimitet 265
6.3 Nærhet og trygghet 266
6.4 Faglighet og kvalitet 271
6.5 Sterkere brukerrolle 278
6.6 Arbeid og helse 278

7 Sosiale helseforskjeller 280
7.1 Inntekt 280
7.2 Oppvekst 281
7.3 Arbeid og arbeidsmiljø 283
7.4 Helseatferd 285
7.5 Helsetjenester 286
7.6 Sosial inkludering 287
7.7 Rapportering 289
7.8 Sektorovergripende verktøy 289
7.9 Kunnskapsutvikling 289

8 Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 291
8.1 Overordnede mål og føringer. Måltall 291
8.2 Tiltak som har kommet til underveis 292
8.3 Den psykiske helsetilstanden i befolkningen 293
8.4 Styrking av brukerrettede tiltak og mestringsperspektivet. Bruker- og pårørende-organisasjoner 294
8.5 Kommunale tiltak 296
8.6 Spesialisthelsetjenesten 302
8.6.1 Tverrgående tiltak for barn og unge 308
8.7 Arbeid og arbeidsrettede tiltak..... 309
8.8 Personellbehov, utdanning og forskning 311
8.9 Kommunikasjon og holdninger..... 313
8.10 Økt hjelp til grupper med særlige behov 315
8.11 Vold og traumer 316
8.12 Finansiering av Opptrappings-planen. Resultatoppfølging 318
8.13 Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001–2009). Sammendrag av evalueringsrapporten fra Norges forskningsråd 320
8.14 Oppsummering 321

9 Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011 325
9.1 Gjennomgang halvveis i strategiperioden 325

10 Andre særlige tema 329
10.1 Sektorovergripende miljøpolitikk 329
10.2 Fornying, organisasjons- og strukturendring i statsforvaltningen 330
10.3 Kjønns- og likestillingsperspektivet 330
10.4 Omtale av tilsettingsvilkårene til ledere i heleide statlige virksomheter 333

Forslag til vedtak om bevilgning for budsjettåret 2010, kapitlene 700–783 og 2711–2790, 3700–3751, 5572 og 5631 336

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2009–2010)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2010

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3700–3751, 5572 og 5631

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 25. september 2009, godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Stoltenberg II)

Del I
Innledende del

1 Helse- og omsorgspolitikken

1.1 Regjeringens mål

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

Regjeringens mål er å prioritere de pasientgruppene som trenger det mest både i spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i tannhelsetjenesten.

Manglende helhetstenking i helsesektoren kan føre til at aktører avgrenser sitt ansvarsområde i stedet for å samarbeide om gode løsninger som tjener pasientene. Regjeringen vil gjennom samhandlingsreformen søke å sikre en framtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientenes behov for sammenhengende tjenester og utfordringene knyttet til demografiske og epidemiologiske endringer.

Den kommunale pleie- og omsorgstjenesten skal utvikles videre slik at den gir brukerne gode muligheter for livskvalitet og mestring og i større grad kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats i sykdomsforløpenes tidlige faser. Tilbudet skal være tilpasset den enkeltes behov.

Tjenestetilbudet til mennesker med demenslidelser og deres pårørende skal bygges ut. Det skal legges spesiell vekt på dagtilbud, avlastning, kompetanse og tilpassing av bo- og institusjonstilbud. Regjeringen vil styrke kommunehelsetjenesten organisatorisk, kompetansemessig og ressursmessig. Regjeringen vil legge til rette for at en større andel av forventet vekst i helse- og omsorgssektorens samlede budsjetter i årene framover kommer i kommunene.

Psykisk helse skal fortsatt prioriteres. Det skal særlig legges vekt på psykisk helse for barn og unge og tiltak for å redusere ventetider til behandling.

Innsatsen på rusfeltet skal favne bredt, med spesielt fokus på barn og unge. Forebygging og tidlig intervensjon skal forhindre at rusmiddelproblemer oppstår. Oppfølging av rusmiddelavhengige i kommunene, tannhelsetjenesten, fengslene og spesialisthelsetjenesten skal samordnes. Habiliterings- og rehabiliteringsfeltet skal styrkes og samhandling og koordinering bedres i helsetjenesten.

Målet med den forebyggende innsatsen er å hindre at sykdom oppstår og utvikler seg, og at de kroniske syke klarer å leve med sin sykdom på best mulig måte. Målet med folkehelsearbeidet er flere leveår med god helse for den enkelte og reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen. Så lenge de systematiske forskjellene i helse skyldes ulikheter i samfunnets ressursfordeling, er det fellesskapets ansvar å påvirke denne fordelingen i en mer rettferdig retning.

Regjeringen vil satse videre på forskning for bedre helse og helse- og omsorgstjenester, og det er en prioritert oppgave å ha en god beredskap mot epidemier.

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

1.2 Status for omsorg og helse

Flertallet av befolkningen har i dag god helse og gode levekår. De fleste befolkningsgrupper har hatt en positiv utvikling på de viktigste levekårsområdene de siste 25 år. Siden 1950-årene har forventet levealder i Norge økt med ti år, til 80 år for kvinner og menn, sett under ett. Likevel har Norge hatt

en noe mindre gunstig utvikling i forventet levealder enn en del andre vestlige land. Spedbarnsdødeligheten ligger på et svært lavt nivå, internasjonalt sett.

Sosiale helseforskjeller – det vil si helseforskjeller som følger utdannings-, yrkes- og inntektskategorier i befolkningen – er fremdeles betydelige i Norge. For eksempel er dødsrisikoen i aldersgruppen 45–59 år 2,5 ganger så høy for gruppen med grunnskole som høyeste utdanning sammenliknet med gruppen med universitetsutdanning. Menn med universitetsutdanning har utsikter til å leve om lag 5 år lengre enn menn med kun ungdomsskoleutdanning. For kvinner er forskjellen ca. 3 år.

Om lag 21 pst. av den norske befolkningen er dagligrøykere. Det er omtrent tre ganger så mange røykere blant dem med kort utdanning som blant dem med lang utdanning. Rundt 16 pst. av alle dødsfall skyldes røyking.

Forekomst av overvekt og fedme øker i de fleste aldersgrupper i Norge, som i mange andre land. Overvekt og fedme øker risikoen for bl.a. type 2-diabetes, hjerte-karsykdom, muskelskjelettlidelser, psykiske lidelser og enkelte former for kreft. Blant 40-åringer er over halvparten overvektige og nærmere 20 pst. lider av fedme. Andelen barn og unge med overvekt er mellom 10 og 20 pst.

Hjerte- og karlidelser og kreft er årsak til over 60 pst. av dødsfallene i Norge. Siden 1970 er forekomst av hjerteinfarkt og hjertekrampe redusert med 70 pst. Størst har nedgangen vært hos menn, mens hjertesykdom hos kvinner inntil nylig har vært et lite utforsket felt. I dag er den typiske hjertepasient en eldre kvinne.

I følge Verdens helseorganisasjon er alkohol den tredje største risikofaktoren for helseskade i vår del av verden, etter tobakk og høyt blodtrykk.

Siden 1950-tallet har antall krefttilfeller økt med 80 pst. Samtidig har overlevelsen økt jevnt, og i dag er mer enn 50 pst. av alle kreftpasienter i live fem år etter at kreftsykdommen ble diagnostisert. Tidlig diagnostisering og utvikling av bedre behandlingsmetoder har bidratt til økt overlevelse og bedre livskvalitet for kreftpasienter.

Diabetes er et voksende problem i Norge og i resten av verden. Antallet personer med diabetes i Norge ble i 2004 anslått til om lag 265 000. Av disse har rundt 25 000 type 1-diabetes mens resten har type 2-diabetes. Type 1 diabetes forårsakes hovedsakelig av en kombinasjon av arv og miljø. De viktigste årsakene til type 2-diabetes er i tillegg til arvelige faktorer, overvekt, ugunstig kosthold og lite fysisk aktivitet. Halvparten av dem som har type 2-diabetes, det vil si om lag 120 000 personer, er ikke diagnostiserte. Nyere forskning tyder på at like mange har nedsatt glukosetoleranse som type 2-diabetes, og dermed risiko for å utvikle diabetes. Dette betyr at anslagsvis 500 000 personer hadde diabetes eller nedsatt glukosetoleranse i Norge i 2004.

Ulykker med personskader står for omkring 1 800 dødsfall i Norge hvert år. Det behandles om lag en halv million mennesker av lege som følge av skader og ulykker og 90 000 personer innlegges på sykehus. Dette utgjør ca. 10 pst. av alle døgnopphold på sykehus.

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

Astma forekommer nå hos om lag 20 pst. av barn og unge i Norge, og hos om lag 8 pst. av de voksne. Forekomsten har økt jevnt de siste 40 årene. Akutt astma er den vanligste årsaken til sykehusinnleggelser blant barn.

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

Forekomst av underernæring hos pasienter i sykehus og beboere i sykehjem varierer mellom 10-60 pst. Det er behov for kompetansehevende tiltak. Blant hjemmeboende eldre over 75 år er det anslått at 10 pst. lider av, eller er i fare for å utvikle, feil- eller underernæring.

Nesten 70 000 mennesker er i dag rammet av en demenslidelse. Antall mennesker med ulike demsenslidelser anslås til å fordobles i løpet av 35 år. Mer enn tre firedeler av de som bor i sykehjem, har demens som del av et sammensatt sykdomsbilde. Svært mange bor i eget hjem eller omsorgsbolig, og får ofte omfattende omsorg av sine nærmeste og bistand fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

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

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at Norge i 2008 brukte i overkant av 217 mrd. kroner på helseformål, eller om lag 45 500 kroner per innbygger. Utgiftene til helseformål omfatter alle utgifter,

både private og offentlige, som går til forbruk eller investeringer i helsetjenester mv. Sammenlignet med andre OECD-land er det kun USA som bruker mer per innbygger. Helsetjenesten betales hovedsaklig av staten (inkludert folketrygden), fylkeskommunene og kommunene. Det offentlige dekket om lag 84,0 pst. av de samlede helseutgiftene. Denne andelen har vært stabil de siste årene.

Samlet ressursbruk i spesialisthelsetjenesten i 2008 anslås til vel 93 mrd. kroner. Korrigert for nye oppgaver, endret arbeidsgiveravgift og prisstigning var veksten iht. årsrapporten fra Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS), 1,3 pst. fra 2007 til 2008. Tall fra beregningsutvalget viser videre at antall årsverk i spesialisthelsetjenesten var om lag 95 000 i 2008. Antall årsverk var tilnærmet uendret (økte med 0,6 pst.) fra 2007 til 2008, men økte med om lag 5 pst fra 2004 til 2008.

Helse- og omsorgsdepartementet har i oppdragsdokumentene stilt krav om at den prosentvise veksten innenfor psykisk helsevern og rusbehandling i 2008 skulle være sterkere enn for somatisk virksomhet. BUS har i sin rapport for 2008 evaluert departementets krav og bruker aktivitetstall og kostnadstall for å analysere kravet. BUS konkluderer med at kravet er oppfylt for de regionale helseforetakene samlet sett, men at det er vanskeligere å trekke konklusjoner på regionalt helseforetaksnivå. Utvalget konkluderer med at Helse Sør-Øst RHF klart oppfyller kravet vurdert ut fra aktivitetsdata og kostnadsdata.

Mer dagbehandling og poliklinisk behandling og redusert bruk av senger er en gjennomgående tendens i spesialisthelsetjenesten.

Innen psykisk helsevern for voksne ble det i 2008 gjennomført vel 1,1 mill. polikliniske konsultasjoner. Dette er en økning på vel 11,0 pst. fra året før. Det var i alt 52 829 døgnopphold – en økning på 2,4 pst. sammenlignet med 2007.

Den sterke veksten i ressursinnsatsen innen psykisk helsevern for barn og unge har bidratt til at stadig flere får behandling. Om lag 53 000 pasienter ble behandlet i psykisk helsevern for barn og unge i 2008. Det tilsvarer en økning på 7,3 pst. sammenlignet med 2007. Poliklinisk omsorg er det dominerende behandlingstilbudet.

I 2008 var det i overkant av 1,4 mill. opphold innen somatikk (innleggelser, dagkirurgi og dagbehandlinger) ved sykehusene. Antall døgnopphold økte med 1,3 pst. mens antall dagbehandlinger økte med 6,2 pst. korrigert for endret registreringspraksis. I tillegg var det nærmere 3,9 mill. polikliniske konsultasjoner i 2008. Det tilsvarer en økning på 3,9 pst. sammenliknet med 2007. En del av aktivitetsveksten kan tilskrives økt aktivitet i ordningen Raskere tilbake. I 2008 var det registrert om lag 13 000 opphold og om lag 37 500 polikliniske konsultasjoner i denne ordningen.

Ventetidene har vært relativt stabile det siste året. I 2008 var gjennomsnittlig ventetid 73 dager mot 72 dager i 2007. Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp har kortere ventetid enn pasienter som ikke har rett til nødvendig helsehjelp. Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har samarbeidet om å utvikle prioriteringsveiledere innenfor 32 fagområder. Veilederne gir anbefalinger om rettighetsstatus og frister til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Helse- og sosialtjenesten i kommunene er omfattende, og brutto driftsutgifter til helsetjenester, sosialtjenester og pleie- og omsorgstjenester i kommunene utgjorde om lag 91 mrd. kroner i 2008. For kommunene utgjorde disse tjenestene i 2008 om lag 35 pst. av deres brutto årlige driftsutgifter, hvorav omsorgstjenesten veier tyngst.

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

Flertallet av dem som mottar pleie- og omsorgstjenester er over 80 år, men de siste årene har det også vært en vekst i gruppen under 67 år. Dette stiller nye krav til omsorgssektoren og nye krav til kompetanse og personell. Nesten en tredel av alle hjemmetjenestemottakere er brukere under 67 år. Nye tall viser at to tredeler av ressursene i hjemmetjenesten brukes på denne gruppen. Den største gruppen tjenestemottakere av brukere under 67 år er mennesker med langvarige somatiske lidelser som multippel sklerose, parkinsons sykdom, hjerneslag og skader.

Pleie- og omsorgstjenesten utførte i 2008 over 121 000 årsverk. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser en betydelig årsverksvekst i 2007 og 2008, til sammen vel 8 000 nye årsverk. Fra 2004 til 2008 ble personellinnsatsen økt med om lag 12 500 årsverk, i vesentlig grad fagpersonell med helse- og sosialutdanning. Av denne årsverksveksten var om lag 4 900 årsverk knyttet til økte stillingsbrøker. Statistisk sentralbyrå har foretatt endringer for å bedre kvaliteten på årsverksstatistikken for kommunesektoren, slik at tallene ikke uten videre kan sammenlignes direkte med tilsvarende rapportering i St.prp. nr. 1 (2007–2008).

Psykisk helsearbeid i kommunene omfatter tiltak og tjenester til mennesker med psykiske vansker og lidelser, og deres familier og nettverk. Barn og unge er en viktig målgruppe. Opptrappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet i 2008. Resultatene viser at måltallene om 4 770 nye årsverk i kommunene knyttet til psykisk helsearbeid, samt mål om 3 400 nye boliger, i hovedsak er nådd ved utgangen av 2008.

Antall legeårsverk i kommunene gikk opp fra vel 4 150 til over 4 530 fra 2002 til 2008. Fra 2007 til 2008 var økningen på 137 årsverk. Størstedelen av denne veksten er knyttet til ordinær fastlegevirksomhet, i følge SSB. Fra fastlegeordningen ble innført i 2001 til mars 2009 er det blitt 199 færre ubesatte fastlegehjemler, tallet er nå 78. Nær 45 000 innbyggere er knyttet til disse listene, som i hovedsak er betjent av vikarer. Andelen av listene som manglet fast lege var størst i Troms og Finnmark. Det er skjedd en betraktelig bedring i legedekningen i Nord-Trøndelag det siste året, og legedekningen i Sogn og Fjordane har bedret seg betydelig de siste fire årene, ifølge tall fra Helfo.

Fylkeskommunenes netto driftsutgifter til tannhelsetjenesten utgjorde i 2008 om lag 1,7 mrd. kroner. Om lag 1,4 mill. brukere var under oppfølging av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2008.

I følge statistikk fra Folkehelseinstituttet ble det i 2008 samlet solgt legemidler for 17,6 mrd. kroner. Dette innebærer en nominell økning på 1,4 pst. fra året før. Om lag 2/3 av legemiddelutgiftene betales av helseforetakene og av folketrygden gjennom blåreseptordningen.

1.3 Sentrale utfordringer

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

Den demografiske og epidemiologiske utviklingen i Norge er, i likhet med andre vest- europeiske land, i stor endring.

Denne utviklingen gir utfordringer som vil kunne true samfunnets bæreevne og må møtes med dyptgripende og langsiktige tiltak. Det vil kreves både mer effektiv drift av helse- og omsorgssektoren i Norge og nye og mer krevende prioriteringsbeslutninger.

Vi vil få flere eldre. Fram til 2050 vil antall personer over 67 år mer enn fordobles. Dette gjør også at omsorgssektoren vil stå overfor store utfordringer de neste tiårene. Disse er primært knyttet til nye brukergrupper, en aldrende befolkning, knapphet på fagpersonell og frivillige omsorgsytere, behovet for medisinsk og tverrfaglig oppfølging og mangel på sosial kontakt og aktivitet i dagliglivet.

Vi står også overfor store endringer i befolkningens sykdomsbilde. Det blir flere med kroniske og sammensatte sykdomstilstander. KOLS, diabetes, demens, fedme, kreft og psykiske lidelser er sykdommer som er i sterk vekst og som bidrar til økende behov for samhandling innen helsetjenesten. Overvekt- og fedmeutviklingen krever systematisk forebyggende innsats, rettet mot hele befolkningen og særskilte risikogrupper. Det er en utfordring å sikre særlig lokal samordning av helsetjenestens forebyggende innsats overfor grupper som står i fare for å utvikle sykdommer knyttet til levevaner.

Samtidig vil ny kunnskap og teknologi gi nye, og ofte kostbare undersøkelses- og behandlingsmuligheter.

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

Den demografiske og epidemiologiske utviklingen vil gi en økning av pasienter med behov for samordnende helsetjenester. Helse- og omsorgstjenestene må innrettes for å møte disse utfordringene.

Helsetjenesten har hatt for stor oppmerksomhet på det akutte og på å behandle sykdom og senkomplikasjoner, og for liten oppmerksomhet på å forebygge helseproblemer. Tjenesten er således ikke tilpasset veksten som vil komme innen kroniske sykdommer. Siden behandlingen i spesialisthelsetjenesten skjer sent i pasientforløpet, bidrar tjenesten i for liten grad til å hindre utvikling av og begrense konsekvensene av kroniske sykdommer.

Brukerne er avhengig av at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingskjede. Mange pasienter opplever brudd og svikt i overgangen mellom sykehus og kommunen. I tillegg opplever mange at de selv må

styre samhandlingen mellom de ulike aktørene. Dette rammer særskilt syke eldre, kronisk syke, barn og unge, psykisk syke, rusmiddelavhengige og mennesker som trenger rehabilitering.

Mangel på helhet og samordning er altså en av de største utfordringene helsetjenesten står overfor. Derfor har regjeringen lansert en samhandlingsreform som skal bidra til å gi pasientene et bedre og mer helhetlig helsetilbud.

Regjeringens hovedgrep er å utvikle en sterkere helse- og omsorgstjeneste i kommunene, som i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpet, etablere økonomiske insentiver som understøtter ønsket oppgaveløsning og som gir grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. I tillegg skal spesialisthelsetjenestens rolle utvikles, for i større grad enn i dag å bruke sin spesialiserte kompetanse og tilrettelegge for tydeligere prioriteringer.

Helsemyndighetene har forberedt tiltak for å møte en pandemi, i tråd med WHOs og EUs anbefalinger. Situasjonen vedrørende ny influensa A (H1N1) håndteres med basis i Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan og Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa.

2 Profilen i budsjettforslaget

Helse- og omsorgsdepartementets samlede budsjettforslag for 2010 er på om lag 128,7 mrd. kroner. Dette fordeler seg med 106,6 mrd. kroner på programområde 10, Helse og omsorg, og 22,1 mrd. kroner på programområde 30, Stønad ved helsetjenester, jf. tabell side 15.

Budsjettforslaget innebærer en bevilgningsreduksjon i løpende priser på 2,1 pst., eller om lag 2,7 mrd. kroner sammenlignet med saldert budsjett for 2009. Forslaget er bl.a. påvirket av at de regionale helseforetakenes driftskreditter i private banker i 2009 ble omgjort til driftskreditter i staten. I denne forbindelse ble det bevilget 7,3 mrd. kroner som en engangsbevilgning i saldert budsjett for 2009. For 2010 og senere år vil bevilgningsforslaget kun omfatte endringer i driftskredittrammen. Dette tekniske forholdet forklarer reduksjonen i bevilgningene fra saldert budsjett 2009 til forslag 2010 samlet for Helse- og omsorgsdepartementet, samt for spesialisthelsetjenesten.

Korrigert for dette og enkelte andre tekniske forhold, og medregnet satsingsforslag nedenfor som foreslås bevilget på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett, innebærer budsjettforslaget for Helse- og omsorgsdepartementet en reell økning på om lag 2 mrd. kroner, eller om lag 1 ½ pst. i forhold til saldert budsjett for 2009.

For programområde 10 er budsjettstrukturen endret. Dette medfører at bevilgningene for 2010 under de ulike programkategorier ikke er sammenlignbare med saldert budsjett 2009. For eksempel er bevilgningene under tidligere pro-

Boks 2.1 Regjeringens viktigste satsinger på Helse- og omsorgsdepartementets område sammenliknet med saldert budsjett 2009 (i mill. kroner)

Styrket sykehusøkonomi [1]	1 452
Investeringslån til regionale helseforetak	315
Omsorgsplan 2015 [2]	320
Samhandlingsreformen [3]	273
Pandemivaksine	206
Automatisk frikort	200
Opptrappingsplan for rusfeltet [4]	150
Fritak for egenandeler tak 1 – barn opp til 16 år	122
Styrking av sentrale helseregistre	15
Statens legemiddelverk – økt saksbehandlingskapasitet mv	14
Norsk pasientskadeerstatning – økt saksbehandlingskapasitet	10,8
Etablering av Norsk helsearkiv	10
Forhåndsgodkjent refusjon for diabeteslegemidler	5
Kompetansenettverk legemidler til barn…	5
Helsepersonell – nasjonale fagprøver	4,5
Pasientskadenemnda – økt saksbehandlingskapasitet	3,9
Helsehjelp i andre EØS-land – administrasjon av ordningen	3
Pasientsikkerhetskampanje	2
Styrking av Stiftelsen Organdonasjon	1

[1] Herav 42 mill. kroner som inngår i 150 mill. kroner til Opptrappingsplanen for rusfeltet.

[2] Herav 270 mill. kroner i investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger på KRDs budsjett.

[3] Herav 230 mill. kroner til styrking av forebyggende helsetjenester i kommunene bevilget over KRDs budsjett, og som inngår i de frie inntektene. Dette er også inklusive 33 mill. kroner til forskningstiltak, hvorav 15 mill. kroner finansieres av den del av basisbevilgningen som helseforetakene benytter til forskning, 14 mill. kroner er en styrking av Omsorgsplan 2015 og 4 mill. kroner er en styrking av de allmennmedisinske forskningsenhetene (AFE).

[4] Herav 42 mill. kroner som inngår i styrket sykehusøkonomi med 1 452 mill. kroner.

gramkategori 10.40 Psykisk helse nå i all hovedsak foreslått bevilget under programkategori 10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene, og bevilgninger til tannhelsetjenester, tidligere programkategori 10.20, er foreslått bevilget under ny programkategori 10.70 Tannhelsetjenester. Videre er foreslåtte bevilgninger under ny programkategori 10.80 Kunnskap og kompetanse i all hovedsak flyttet fra tidligere programkategori 10.10 og 10.20.

mill. kr

Betegnelse	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
Programområde 10 Helse og omsorg			
10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv.	504,2	305,0	-39,5
10.10 Folkehelse	1 528,6	1 740,0	13,8
10.20 Helsefovaltning	1 912,3	1 293,8	-32,3
10.30 Spesialisthelsetjenester	102 738,2	99 168,6	-3,5
10.40 Psykisk helse	787,1	0,0	-100,0
10.50 Legemidler	252,4	275,6	9,2
10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene	1 987,8	3 210,2	61,5
10.70 Tannhelsetjeneste	0,0	70,5	
10.80 Kunnskap og kompetanse	0,0	565,4	
Sum før lånetransaksjoner	109 710,4	106 629,0	-2,8
Lånetransaksjoner	90,0	10,0	-88,9
Sum Helse og omsorg	109 800,4	106 639,0	-2,9
Programområde 30 Stønad ved helsetjenester			
30.10 Spesialisthelsetjenester mv.	3 135,1	3 212,0	2,5
30.50 Legehjelp, legemidler mv.	18 177,6	18 624,1	2,5
30.90 Andre helsetiltak	285,0	217,3	-23,8
Sum før lånetransaksjoner	21 597,7	22 053,4	2,1
Lånetransaksjoner	0,0	0,0	0
Sum Stønad ved helsetjenester	21 597,7	22 053,4	2,1
Sum Helse- og omsorgsdepartementet	131 398,1	128 692,4	-2,1

2.1 Styrket sykehusøkonomi

Regjeringen følger opp Soria Moria-erklæringen om at sykehusenes økonomi skal styrkes slik at flere pasienter får behandling og ventetidene holdes lave. Ut over generell pris- og lønnsjustering av tilskudd foreslås det bevilget 1 452 mill. kroner mer til drift i 2010 sammenliknet med saldert budsjett 2009, med følgende fordeling:

- Vekst i pasientbehandlingen med om lag 1,3 pst. fra 2009 til 2010: 885 mill. kroner
- Ny inntektsfordeling gjennom økt bevilgning: 525 mill. kroner
- Opptrappingsplan for rusfeltet styrkes med 150 mill. kroner, hvorav til spesialisthelsetjenesten: 42 mill. kroner

Fra 2009 ble de regionale helseforetakenes driftskreditter i private banker omgjort til driftskreditter i staten. I denne forbindelse ble det bevilget 7,3 mrd. kroner som en engangsbevilgning i saldert budsjett for 2009. For 2010 og senere år vil bevilgningsforslaget kun omfatte endringer i driftskredittrammen. Dette tekniske forholdet forklarer hvorfor bevilgningene til de regionale helseforetakene samlet sett reduseres fra 2009 til 2010.

Økt pasientbehandling

Etterspørselen etter spesialisthelsetjenester øker, og regjeringen møter det økte behovet med å styrke sykehusenes økonomi slik at flere pasienter kan få behandling. Budsjettforslaget legger til rette

for en vekst i pasientbehandlingen med om lag 1,3 pst. på nasjonalt nivå fra anslag for 2009, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og juni 2009. Blant annet for å understøtte målet om høyere prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, legges det til rette for en aktivitetsvekst på 2,5 pst. på kap 732, post 77, Poliklinske refusjoner mv., mens det under ordningen med innsatsstyrt finansiering, kap. 732, post 76, er lagt til rette for en aktivitetsvekst på 1,2 pst. Dette tilsier isolert sett et bevilgningsbehov på 1 011 mill. kroner. Aktiviteten ved sykehusene i 2009 antas å bli noe lavere enn lagt til grunn i saldert budsjett for 2009, svarende til 126 mill. kroner i redusert bevilgningsbehov på de aktivitetsbaserte tilskuddsordningene (innsatsstyrt finansiering og tilskudd til poliklinisk behandling). Sammenliknet med saldert budsjett for 2009 blir derfor bevilgningsøkningen (1 011-126 =) 885 mill. kroner.

Den generelle veksten i pasientbehandlingen er beregnet på hele inntektsgrunnlaget til helseforetakene, og gjelder derfor all pasientbehandling. Det er lagt til grunn en gjennomsnittlig marginalkostnad på 80 pst. for den økte aktiviteten.

Omfordeling Magnussenutvalget

Det foreslås å fullføre den nye inntektsfordelingen i tråd med Magnussenutvalgets innstilling (NOU 2008: 2) gjennom økt bevilgning. Det innebærer at Helse Sør-Øst RHF, som ellers ville tapt på omleggingen, ikke får redusert sine inntekter. Oppdatering av Magnussen-utvalgets kriterier tilsier at det i 2010 bevilges 525 mill. kroner til fullføring av ny inntektsfordeling.

Særskilt styrking gjennom Opptrappingsplan for rusfeltet

Det foreslås en samlet styrking av rusfeltet med 150 mill. kroner gjennom Opptrappingsplan for rusfeltet, hvor av 42 mill. kroner til spesialisthelsetjenesten til tverrfaglig spesialisert behandling, legemiddelassistert rehabilitering og ambulante team.

2.2 Investeringslån til regionale helseforetak

Det foreslås bevilget inntil 250 mill. kroner i investeringslån til kjøp av tomt på Gullaug i Lier kommune. Før lånet kan løses ut må Helse Sør-Øst RHF framforhandle og styrebehandle en kjøpsavtale. Den styregodkjente kjøpsavtalen skal forelegges Helse- og omsorgsdepartementet. Det understrekes at den foreslåtte lånebevilgningen ikke innebærer noen endring i prioriteringsrekkefølgen til sykehusprosjekter i Helse Sør- Øst.

Videre foreslås det bevilget 65 mill. kroner i investeringslån til igangsetting av nytt lokalsykehus i Vesterålen. Samlet kostnadsramme for prosjektet utgjør om lag 800 mill. kroner og det foreslås avsatt en øvre ramme på 305 mill. 2008-kroner i låneopptak som utbetales i perioden 2010 til 2013. Helse Nord er i gang med forprosjektering som vil bli tilpasset samhandlingsreformen. Det forutsettes at Helse Nord RHF gjør endelig vedtak om igangsetting hvor regionen kan vise til en forsvarlig økonomisk bæreevne før Helse- og omsorgsdepartementet vil løse ut lånet.

2.3 Omsorgsplan 2015

For å møte dagens og framtidas omsorgsutfordringer har regjeringen lagt fram Omsorgsplan 2015 som løfter fram fire hovedsaker: 10 000 nye årsverk, 12 000 nye omsorgsplasser, Demensplan 2015 og Kompetanseløftet 2015. Det foreslås en samlet styrking av tiltak i omsorgsplan 2015 med 320 mill. kroner i 2010.

Gjennom avtalen som er inngått mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre, er Omsorgplan 2015 utvidet og konkretisert. I tråd med avtalen foreslår regjeringen en samlet styrking på 50 mill. kroner.

Undersøkelser viser at det er på de sosiale og kulturelle områdene omsorgstjenesten kommer til kort. For å bidra til at brukere opplever god livskvalitet og egenmestring foreslås det å bevilge 7 mill. kroner til tiltak for å styrke ansattes kompetanse innen aktiv omsorg. Kompetansen kan styrkes gjennom videreutdanningstilbud, læremateriell og støtte til utviklingsprosjekter i regi av Livsglede for eldre. Det foreslås videre 4 mill. kroner for å styrke ernæringskompetansen i kommunene og for å utvikle bedre rutiner for kartlegging av ernæringsstatus. I tillegg foreslås en fortsatt styrking av kompetansetiltak knyttet til demens med 2 mill. kroner.

Gode ledere er av sentral betydning for å sikre høy rekruttering, godt arbeidsmiljø og riktig ressursutnyttelse innen omsorgstjenesten. Det foreslås derfor 5 mill. kroner for utvikling av en opplæringspakke innenfor ledelse.

Mennesker med nevrologiske lidelser har stått for den sterkeste veksten i den kommunale omsorgstjenesten de seneste årene. Som en del av Omsorgsplan 2015 vil regjeringen legge fram en egen plan for denne brukergruppen. Det foreslås derfor å bevilge 10 mill. kroner til en plan, som på samme måte som Demensplan 2015, vil bygge på de generelle virkemidlene knyttet til kommuneø-

konomi, fortsatt årsverksvekst, Kompetanseløftet 2015 og Husbankens investeringstilskudd. Midlene skal nyttes til informasjonsarbeid, utviklingsprosjekter og tiltak for økt kompetanse blant pårørende og fagfolk. Videre foreslås det 4 mill. kroner til Helsetilsynets satsing på tilsyn med helse- og sosialtjenester til eldre.

Et solid kunnskapsgrunnlag er nødvendig for å bedre kvaliteten for den enkelte bruker av omsorgstjenester. Derfor foreslås til sammen 14 mill. kroner til styrking av helse- og omsorgsforskningsprogrammet i Norges forskningsråd, evaluering av Omsorgsplan 2015 og til forsknings- og utviklingstiltak knyttet til omsorgstjenester og samhandling. I tillegg styrkes den kulturelle spaserstokken med 4 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Tilsvarende styrking skjer over Kultur- og kirkedepartementets budsjett.

Det er lagt til grunn en målsetting om at det kan gis tilskudd til 12 000 omsorgsplasser i perioden 2008 – 2015. Det foreslås at det gis tilsagn om ytterligere 2 500 enheter i 2010, med en tilsagnsramme på 1 347 mill. kroner og 270 mill. kroner i økt bevilgning i 2010. Samlet antall tilsagn for årene 2008, 2009 og 2010 er 6000 enheter. Tilskuddet til investeringer i omsorgsboliger og sykehjemsplasser bevilges over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett.

2.4 Samhandlingsreformen

For å sikre bedre koordinerte helse- og omsorgstjenester og økt innsats for å forebygge og begrense sykdom har regjeringen lagt fram St. meld. nr 47 (2008- 2009) Samhandlingsreformen. Målet er en framtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientenes behov for et sammenhengende tjenestetilbud og på de store samfunnsøkonomiske utfordringene blant annet knyttet til demografisk utvikling og livsstilssykdommer. Samhandlingsreform skal bidra til å gi pasientene et bedre og mer helhetlig helse- og omsorgstilbud. Med utgangspunkt i dagens og framtidas utfordringer legger Samhandlingsreformen til grunn at den forventede behovsveksten i helse- og omsorgstjenesten i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Kommunene må rustes opp og gis insitamenter til å bidra til å forhindre sykdomsutvikling, begrense innleggelser i sykehus, og øke den enkeltes mestringsevne.

Regjeringen foreslår en styrking av midler til oppfølging av samhandlingsreformen på 273 mill. kroner i 2010, herunder 240 mill. kroner til forebyggende helsetjenester og 33 mill. kroner til forskning. I tillegg foreslås det å videreføre 96 mill. kroner til samhandlingstiltak fra 2009. Samlet foreslås det bevilget 369 mill. kroner til samhandlingstiltak i 2010.

Den foreslåtte styrkingen av forebyggende helsetjenester inneholder 230 mill. kroner i styrking av de frie inntektene til kommunene på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett. Målsetningen er å benytte og videreutvikle dokumenterte tiltak som bidrar til å forebygge risiko for funksjonstap og som påvirker individets egenmestring og reduserer risikoen for sykdomsutvikling. Midlene skal også nyttes til oppbygging av systemer i kommunene som gir oversikt over helsetilstanden og over faktorer som påvirker helsen. Det forutsettes at kommunene forankrer forebyggingsinnsatsen i kommunale planer.

Helsedirektoratet skal følge opp den kommunale satsingen på forebyggende helsetjenester. Det foreslås å bevilge 6 mill. kroner til dette formålet. I tillegg foreslås det å styrke Norges idrettsforbunds satsing på forebyggende helsearbeid gjennom fysisk aktivitet med 4 mill. kroner i 2010. Det er nødvendig å sikre et forskningsbasert kunnskapsgrunnlag for utvikling av mer koordinerte helse- og omsorgstjenester og bidra til økt kompetanse innen forebygging og helsefremmende arbeid. Det foreslås derfor å styrke forskningsinnsatsen med til sammen 33 mill. kroner i 2010, knyttet til samhandlingsreformen. De allmennmedisinske forskningsenhetene (AFE) styrkes med 4 mill. kroner. Det foreslås også at minst 15 mill. kroner av den del av basisbevilgningen som helseforetakene bruker til forskning skal benyttes til forskning rettet mot samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I tillegg foreslås det å styrke omsorgsforskning med til sammen 14 mill. kroner i 2010, under Omsorgsplan 2015.

Det foreslås å videreføre 33 mill. kroner til utvikling av lokalmedisinske sentra og kommunesamarbeid og 8 mill. kroner til sykestueprosjekt mv. i 2010. Dette vil bidra til å utvikle strukturer for gode og lønnsomme oppgaveløsninger og stimulere til utvikling av samarbeid på helse- og omsorgsområdet.

Videre foreslås det å videreføre 50 mill. kroner til samhandling mellom kommuner og distriktspsykiatriske sentre og 5 mill. kroner til samhandlingsprosjekter under Opptrappingsplanen for rusfeltet.

2.5 Pandemivaksine

Norge har inngått en avtale med vaksineprodusenten GlaxoSmithKline som sikrer kjøp av 9,4 mill. doser pandemivaksine ved en erklært influensa A(H1N1) pandemi, definert som fase 6 i pandemiberedskapen. WHO hevet beredskapsnivået til fase

6 den 11. juni 2009. Avtalen innebærer at Norge er sikret ukentlige leveranser, og de første dosene med vaksine forventes levert medio oktober 2009. Med utgangspunkt i den foreløpige leveringsplanen legges det til grunn at utgiftene til vaksinen i 2010 vil beløpe seg til om lag 206 mill. kroner. Dette kommer i tillegg til merutgifter i 2009 på 452 mill. kroner, til sammen 658 mill. kroner til vaksine mot influensa A(H1N1).

2.6 Automatisk frikort

Det foreslås å etablere en nasjonal automatisk frikortordning i 2010. En slik ordning medfører at den enkelte bruker automatisk vil få tilsendt frikort når egenandelstak 1 er nådd, og refundert eventuelt utlegg over taket.

Dette gjør at flere brukere automatisk får oppfylt rettigheter de i dag også har. Refusjoner til tak 1 ordningen anslås som følge av dette å øke med om lag 200 mill. kroner.

Automatisk frikort gir en enklere tjeneste til brukerne. Systemendringen vil være spesielt gunstig for brukere som ikke klarer å holde tilstrekkelig oversikt over betalte egenandeler. Men også brukere som i dag mister egenandelskvitteringer, og som ikke bryr seg med å få utlevert ny kvittering, eller som glemmer å oppsøke sitt lokale NAV-kontor for å få tilsendt frikortet sitt, vil nå automatisk oppnå den refusjon de etter regelverket har krav på.

2.7 Opptrappingsplan for rusfeltet

Det foreslås at rusfeltet styrkes med 150 mill. kroner i 2010. Dermed er rusfeltet styrket med 835 mill. kroner gjennom opptrappingsplanen sammenlignet med 2005. I tillegg har en styrket økonomi i kommunene og i helseforetakene i regjeringsperioden lagt grunnlag for ytterliggere utbygging av tjenestetilbudet på rusfeltet.

Opptrappingsplan for rusfeltet ble lagt fram høsten 2007, og danner rammene for Regjeringens politikk på området. Satsingene på rusfeltet må ses i sammenheng med bl.a. innsatsen for å forebygge fattigdom og innsatsen på bolig og psykisk helse.

Planen har 147 tiltak innen forebygging, behandling, rehabilitering, forskning og kompetansebygging på rusfeltet. Nær 80 pst. av tiltakene i opptrappingsplanen for rusfeltet var igangsatt innen utgangen av 2008. Målet er at alle tiltakene skal være gjennomført eller igangsatt innen 2010.

For å styrke folkehelseperspektivet foreslås 19 mill. kroner til kommunale rusforebyggingskoordinatorer, tidlig intervensjon, informasjon til arbeidslivet og svangerskapskampanje.

For å sikre bedre kvalitet og økt kompetanse foreslås 12 mill. kroner til forskning, datainnsamling og heving av kompetansen hos medarbeidere i kommunene, Nav, kriminalomsorgen og helsetjenesten.

For å bidra til mer tilgjengelige tjenester og mer forpliktende samhandling forslås kommunale tjenester, tverrfaglig spesialisert behandling, legemiddelassistert rehabilitering og ambulante team styrket med til sammen 118 mill. kroner.

Mange av tiltakene i opptrappingsplanen evalueres uavhengig av hverandre, og det planlegges en samlet gjennomgang av erfaringene med planen. Samtidig er det viktig å bygge på erfaringer fra andre lands ruspolitikk. For å få til en god strategi skal det legges til rette for en grundig prosess med bred involvering av alle berørte parter, både brukere, pårørende, frivillige aktører, fastleger, helseforetak, kommuner og private aktører. Det foreslås satt av 1 mill. kroner til en samlet gjennomgang av av planen.

2.8 Fritak for egenandeler tak 1 – barn opp til 16 år

Egenandelstak 1 omfatter utgifter til legehjelp, psykologhjelp, legemidler og sykepleieartikler på blå resept og pasienttransport. Det foreslås å heve aldersgrensen for gratis helsetjenester under egenandelstak 1 fra 12 til 16 år fra 1. januar 2010, svarende til om lag 122 mill. kroner i økte refusjonsutgifter. Da oppheves særordningen med at egenandelene for barn opp til 16 år kan summeres sammen med egenandelene for en av foreldrene under tak 1. Forslaget vil gjøre det enklere for ungdom i denne aldersgruppen å oppsøke lege eksempelvis for psykiske tilstander, mistanke om seksuelt overførbare sykdommer, spørsmål om prevensjon, uønsket graviditet og tilstander i forbindelse med rus mv.

Det vises for øvrig til nærmere omtale av egenandelsopplegget under del I, kap 3, Budsjett- og strukturtiltak.

2.9 Styrking av sentrale helseregistre

Det er i dag 13 sentrale helseregistre forankret i Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet, samt Kreftregisteret som er forankret i Helse Sør-Øst RHF. Opplysningene i flere av registrene er til dels ufullstendige, og mange av registrene ligger flere år på etterskudd i registreringene. Infrastrukturen er umoderne, og feltet har ikke fulgt med i den teknologiske utviklingen. Tilsvarende utfordringer gjelder for de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene. I statsbudsjettet for 2009 ble det

derfor vedtatt en betydelig satsing på kvalitetsregisterfeltet. I 2010 er det behov for at satsingen på kvalitetsregistre følges opp med en tilsvarende satsing på oppgradering og videreutvikling av de sentrale helseregistrene. Det foreslås en styrking på 15 mill. kroner til oppgradering og videreutvikling av sentrale helseregistre.

2.10 Statens legemiddelverk – økt saksbehandlingskapasitet mv.

Bevilgningen til Statens legemiddelverk foreslås satt opp med 14 mill. kroner for å styrke arkivfunksjonen og saksbehandlingskapasiteten for søknader om tillatelse til å markedsføre legemidler. Registreringsgebyret foreslås hevet slik at inntektene øker tilsvarende. Bakgrunnen er økning i antall søknader om markedsføringstillatelse de seneste årene.

2.11 Norsk pasientskadeerstatning – økt saksbehandlingskapasitet

Som følge av stor pågang av erstatningssaker i tidligere år og stor utskifting av ansatte i Norsk pasientskadeerstatning i 2007 og 2008, har det vært en økning i restansene ved Norsk pasientskadeerstatning. Det foreslås å sette opp bevilgningen til Norsk pasientskadeerstatning med 10,75 mill. kroner i 2010 knyttet til behandling av erstatningskrav fra pasienter som mener de har blitt påført skade etter behandling innen offentlig helsetjeneste. Videre foreslås det å styrke rammene til etaten med 6 mill. kroner til behandling av saker fra privat helsetjeneste. Behandling av saker fra privat sektor finansieres gjennom tilskudd innbetalt av de private aktører.

2.12 Etablering av Norsk helsearkiv

Det foreslås å opprette et helsearkiv for å sikre en forsvarlig oppbevaring av sensitive pasientdata, etablert på Tynset. Et helsearkiv vil også være viktig for å fremme medisinsk- og helsefaglig forskning. Det foreslås bevilget 10 mill. kroner i 2010 til etablering av Norsk helsearkiv som interimsorganisasjon. Oppstartsmidlene skal blant annet dekke utgifter til administrativ grunnbemanning, prosjektleder og andre utgifter knyttet til forprosjektet, IKT-utstyr og planlegging av bygging tilpasset kravene iht. arkivloven med forskrifter. Helsearkivet vil ved full drift gi rundt 15-20 arbeidsplasser på Tynset. I fremtiden vil pasientjournaler i større grad bli digitalisert, og behovet for avlevering av papirjournaler avta.

Ansvaret for Norsk helsearkiv vil bli lagt til Kultur- og kirkedepartementet ved Arkivverket. I en interimsperiode i forbindelse med etablering av Norsk helsearkiv, vil Helse- og omsorgsdepartementet ha det økonomiske ansvaret.

2.13 Forhåndsgodkjent refusjon for diabeteslegemidler

Det foreslås å innvilge forhåndsgodkjent refusjon for insulin detemir og insulin glargin til behandling av type 1 diabetes mellitus. Disse legemidlene er langtidsvirkende insulin som vil være et behandlingstilbud til diabetikere som ikke oppnår god nok behandling med de insulinlegemidlene som allerede har forhåndsgodkjent refusjon. Pasientgruppen vil i første rekke være diabetikere som har hyppige insulinfølinger om natten eller som opplever store svingninger i blodsukkeret. Det er anslått at forhåndsgodkjent refusjon for disse legemidlene vil gi en merutgift for folketrygden på om lag 5 mill. kroner i 2010.

2.14 Kompetansenettverk legemidler til barn

Et nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn ble etablert som pilotprosjekt fra 2008/2009. Nettverket er etablert med leder, sekretær og en styringsgruppe med representanter fra hvert regionalt helseforetak samt en allmennlege. Det foreslås at nettverket videreutvikles og at det bevilges 5 mill. kroner til dette i 2010.

2.15 Helsepersonell – nasjonale fagprøver

For å dekke økte utgifter i 2010 som høgskoler og universitet har til gjennomføring av kurs i nasjonale fag for fem forskriftsfestet profesjonsgrupper og til testing av leger som ledd i vurdering av vilkårene for autorisasjon, foreslås bevilgningen styrket med 4,5 mill. kroner. Behovet er utløst av økt etterspørsel etter kurs i nasjonale fag for flere helsepersonellgrupper samt økte kostnader til kvalitetsutvikling av testing av leger.

2.16 Pasientskadenemnda – økt saksbehandlingskapasitet

Bevilgningen til Pasientskadenemnda foreslås satt opp med 3,85 mill. kroner til styrket saksbehandlingskapasitet, slik at behandlingstiden for saker fra offentlig helsetjeneste kan reduseres.

2.17 Helsehjelp i andre EØS-land – administrasjon av ordningen

Stortinget har vedtatt at pasienter får rett til refusjon av utgifter til helsehjelp i andre EØS-land etter regler fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Ordningen vil gi norske pasienter større valgfrihet med hensyn til om de vil motta helsehjelp i Norge eller i andre EØS-land. Refusjonsordningen skal i første rekke omfatte helsehjelp utenfor sykehus og da helsehjelp som pasienten ville fått dekket av det offentlige (helt eller delvis) i Norge, og i hovedsak på de samme vilkår. Folketrygden, regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner skal dekke refusjonsutgifter opp til tilsvarende helsehjelp i Norge. Refusjonsordningen kan ikke tre i kraft før forskrift med nærmere regler er ferdigstilt, tidligst i løpet av 2010. Det foreslås å bevilge 3 mill. kroner til Helsedirektoratet som skal administrere ordningen.

2.18 Pasientsikkerhetskampanje

Studier tyder på at om lag 10 pst. av alle sykehusinnleggelser resulterer i en uønsket hendelse. Det foreslås å gjennomføre en nasjonal pasientsikkerhetskampanje for å redusere uønskede hendelser på utvalgte innsatsområder. Kampanjen vil ta utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten, men velge enkelte innsatsområder som er overførbare til kommunehelsetjenesten. Det foreslås å styrke Nasjonal enhet for pasientsikkerhet ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten med 2 mill. kroner for å etablere et nasjonalt sekretariat i dette arbeidet.

2.19 Styrking av Stiftelsen Organdonasjon

Det foreslås å styrke støtten til Stiftelsen Organdonasjon med 1 mill. kroner i 2010. Stiftelsen Organdonasjon arbeider for å øke tilgangen på organer for transplantasjon i Norge, og for at tilgjengelige organer skal bli benyttet. Presisering av regelverket for hornhinnedonasjon har ført til mangel på hornhinnedonorer, da pårørende må nå samtykke før helsepersonell kan benytte hornhinner fra avdøde.

3 Budsjett- og strukturtiltak

3.1 Egenbetaling

Egenandelstak 1 omfatter utgifter til legehjelp, psykologhjelp, legemidler og sykepleieartikler på blå resept og pasienttransport. Det foreslås å heve aldersgrensen for gratis helsetjenester under egenandelstak 1 fra 12 til 16 år fra 1. januar 2010. Da oppheves særordningen med at egenandelene for barn opp til 16 år kan summeres sammen med egenandelene for en av foreldrene under tak 1. Forslaget vil blant annet gjøre det enklere for ungdom i denne aldersgruppen å oppsøke lege mv. Forslaget anslås å gi redusert egenbetaling på om lag 122 mill. kroner. Samtidig fritas alle brukere for betaling av egenandeler ved voldtektsmottak og visse typer medisinsk forbruksmateriell innlemmes i blåreseptordningen.

Egenandelstak 1 foreslås økt fra 1 780 kroner til 1 840 kroner fra 1. januar 2010.

Det foreslås videre å øke egenandelene under tak 1 med 4 pst., med unntak av maksimal egenandel på blå resept. Den prosentvise egenandelen for legemidler og sykepleieartikler på blå resept foreslås økt fra 36 pst. til 38 pst.

Samlet medfører forslagene til justering av egenandelstak 1 og egenandelene under ordningen anslagsvis 167 mill. kroner i økt egenbetaling for brukerne.

Når en tar hensyn til redusert egenbetaling på 200 mill. kroner som følge av innføring av automatisk frikort og 122 mill. kroner i redusert egenbetaling knyttet til fritak for barn opp til 16 år, innebærer budsjettforslaget i sin helhet en nominell reduksjon i brukernes samlede egenbetaling, knyttet til ovennevnte tjenester, med om lag 155 mill. kroner.

3.2 Foretrukket legemiddel til blodtrykksbehandling

Statens legemiddelverk har gjennomført en revurdering av refusjonsstatus for samtlige legemiddelgrupper som brukes i behandling av høyt blodtrykk. Et forslag til endringer i refusjonsvilkår er sendt interessenter for eventuelle innspill. Det foreslås et bredt utvalg av foretrukne legemidler. Det legges til grunn at de nye vilkårene kun innføres for nye pasienter eller ved endringer i behandlingen. Det anslås at tiltaket vil kunne gi en innsparing på 15 mill. kroner i 2010.

4 Oversikter

Utgifter fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
	Helse- og omsorgsdepartementet mv.				
700	Helse- og omsorgsdepartementet	157 756	148 536	152 666	2,8
701	Forskning	209 006	224 122		-100,0
702	Beredskap	75 053	72 132	74 190	2,9
703	Internasjonalt samarbeid	49 910	59 375	78 185	31,7
	Sum kategori 10.00	*491 725*	*504 165*	*305 041*	*-39,5*
	Folkehelse				
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	980 166	949 719	1 194 477	25,8
711	Ernæring og mattrygghet			47 810	
712	Bioteknologinemnda	7 829	8 021	8 117	1,2
715	Statens strålevern	108 350	106 727	111 889	4,8
716	Statens institutt for rusmiddelforskning	36 944	36 514	35 950	-1,5
718	Rusmiddelforebygging	152 478	174 505	201 089	15,2
719	Annet folkehelsearbeid	232 691	253 100	140 633	-44,4
	Sum kategori 10.10	*1 518 458*	*1 528 586*	*1 739 965*	*13,8*
	Helsefovaltning				
720	Helsedirektoratet	511 834	790 588	833 844	5,5
721	Statens helsetilsyn	76 963	75 467	84 771	12,3
722	Norsk pasientskadeerstatning	119 775	120 490	139 286	15,6
723	Pasientskadenemnda	31 765	30 479	34 688	13,8
724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	224 481	255 011	24 513	-90,4
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	149 438	100 340	112 932	12,5
726	Statens helsepersonellnemnd	156 194	138 347	6 060	-95,6
727	Tannhelsetjenesten	67 998	65 878		-100,0
728	Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjons-diagnostikknemnda	64 342	73 565	3 624	-95,1
729	Pasient- og brukerombud	246 857	262 160	54 062	-79,4
	Sum kategori 10.20	*1 649 647*	*1 912 325*	*1 293 780*	*-32,3*

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
	Spesialisthelsetjenester				
732	Regionale helseforetak	88 573 728	102 740 675	98 843 931	-3,8
733	Habilitering og rehabilitering			178 723	
734	Særskilte tilskudd til psykisk helse- og rustiltak			155 949	
737	Kreftregisteret	83 808	87 496		-100,0
	Sum kategori 10.30	*88 657 536*	*102 828 171*	*99 178 603*	*-3,5*
	Psykisk helse				
742	Kontrollkommisjonene og andre utgifter under psykisk helsevern	40 884	37 665		-100,0
743	Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse	6 415 297	695 668		-100,0
744	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	62 793	53 741		-100,0
	Sum kategori 10.40	*6 518 974*	*787 074*		*-100,0*
	Legemidler				
750	Statens legemiddelverk	175 351	189 809	206 010	8,5
751	Legemiddeltiltak	54 591	62 541	69 542	11,2
	Sum kategori 10.50	*229 942*	*252 350*	*275 552*	*9,2*
	Helse- og omsorgstjenester i kommunene				
760	Utredningsvirksomhet mv.	14 453	25 230		-100,0
761	Omsorgstjeneste	1 301 563	1 962 523	1 550 228	-21,0
762	Primærhelsetjeneste			231 446	
763	Rustiltak			642 896	
764	Psykisk helse			751 576	
769	Utredningsvirksomhet mv.			34 037	
	Sum kategori 10.60	*1 316 016*	*1 987 753*	*3 210 183*	*61,5*
	Tannhelsetjeneste				
770	Tannhelsetjeneste			70 486	
	Sum kategori 10.70			*70 486*	
	Kunnskap og kompetanse				
780	Forskning			250 294	
781	Forsøk og utvikling mv.			99 319	
782	Helseregistre			48 000	
783	Personell			167 826	
	Sum kategori 10.80			*565 439*	
	Sum programområde 10	*100 382 298*	*109 800 424*	*106 639 049*	*-2,9*
	Spesialisthelsetjenester mv.				
2711	Spesialisthelsetjeneste mv.	2 833 528	3 135 100	3 212 000	2,5
	Sum kategori 30.10	*2 833 528*	*3 135 100*	*3 212 000*	*2,5*

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
	Legehjelp, legemidler mv.				
2751	Legemidler mv.	8 491 170	8 951 600	9 319 500	4,1
2752	Refusjon av egenbetaling	3 506 999	3 959 500	4 001 400	1,1
2755	Helsetjeneste i kommunene mv.	4 795 762	5 266 500	5 303 200	0,7
	Sum kategori 30.50	*16 793 931*	*18 177 600*	*18 624 100*	*2,5*
	Andre helsetiltak				
2790	Andre helsetiltak	357 030	285 000	217 300	-23,8
	Sum kategori 30.90	*357 030*	*285 000*	*217 300*	*-23,8*
	Sum programområde 30	*19 984 489*	*21 597 700*	*22 053 400*	*2,1*
	Sum utgifter	*120 366 787*	*131 398 124*	*128 692 449*	*-2,1*

Inntekter fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
	Helse- og omsorgsdepartementet mv.				
3700	Helse- og omsorgsdepartementet	3 236			
3703	Internasjonalt samarbeid	17 500	18 270	18 855	3,2
	Sum kategori 10.00	*20 736*	*18 270*	*18 855*	*3,2*
	Folkehelse				
3710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	354 444	251 886	267 577	6,2
3712	Bioteknologinemnda	13			
3715	Statens strålevern	39 000	41 935	46 377	10,6
3716	Statens institutt for rusmiddelforskning	3 391	2 112	2 180	3,2
3718	Rusmiddelforebygging			1 504	
5631	Aksjer i AS Vinmonopolet	52 101	56 802	39 502	-30,5
	Sum kategori 10.10	*448 949*	*352 735*	*357 140*	*1,2*
	Helsefovaltning				
3720	Helsedirektoratet	48 577	3 789	2 407	-36,5
3721	Statens helsetilsyn	1 097			
3722	Norsk pasientskadeerstatning	4 966	4 631	10 667	130,3
3723	Pasientskadenemnda	76	500	500	0,0
3724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	20 012	17 923	18 497	3,2
3725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	41 774	120	124	3,3
3729	Annen helsetjeneste	1 748			
	Sum kategori 10.20	*118 250*	*26 963*	*32 195*	*19,4*

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
	Spesialisthelsetjenester				
3732	Regionale helseforetak	745 987	2 480 000	1 660 000	-33,1
	Sum kategori 10.30	*745 987*	*2 480 000*	*1 660 000*	*-33,1*
	Legemidler				
3750	Statens legemiddelverk	110 414	115 543	133 240	15,3
3751	Legemiddeltiltak	166	171	176	2,9
5572	Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet	235 933	181 828	174 828	-3,8
	Sum kategori 10.50	*346 513*	*297 542*	*308 244*	*3,6*
	Sum programområde 10	*1 680 435*	*3 175 510*	*2 376 434*	*-25,2*
	Sum inntekter	*1 680 435*	*3 175 510*	*2 376 434*	*-25,2*

Stillinger og årsverk 2009

Kap.	Virksomhet	2008	2009
700	Helse- og omsorgsdepartementet	202,6	189
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	562	593
715	Statens strålevern	93,6	102
716	Statens institutt for rusmiddelforskning	40,5	38
720	Helsedirektoratet	486	541
	herunder: Pasientombudene	41	43,5
	Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)[2]		512
721	Statens helsetilsyn	89,44	78
722	Norsk pasientskadeerstatning	97,1	114
724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	30,49	32
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	123,3	130
750	Statens legemiddelverk	204	214
	Nemndssekretariater mv. [3]	52,2	53

Merknader:

1 Foregående år er tallene ved rapportering av stillinger og årsverk hentet fra virksomhetenes egne administrative system. Fra og med 2009 vil Statens sentrale tjenestemannsregister pr. 1. mars bli benyttet som kilde. Dette medfører at årsverksoversikten for 2009 ikke er direkte sammenlignbar med tall for 2008.

2 01.01.09 ble Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) overført fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet til Helse- og omsorgsdepartementet.

3 Nemndssekretariater mv. omfatter sekretariatene for Bioteknologinemnda, Klagenemnda for behandling i utlandet, Statens helsepersonellnemnd, Pasientskadenemnda og Vitenskapskomiteen for mattrygghet.

Garantifullmakter

(i mill. kr)

	Utbetalt i 2008	Garanti-ansvar per 31.12.2008	Fullmakt nye garantitilsagn 2009	Forslag nye garantitilsagn 2010	Ramme garantiansvar 2010
Garanti for låntil opprettelse og ombygging av apotek, kap. 751 post 70	0	8,7	0	0	400,0

Bruk av stikkordet «kan overføres»

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

(i 1 000 kr)

Kap.	Post	Betegnelse	Overført til 2009	Forslag 2010
702	21	Spesielle driftsutgifter		70 915
702	70	Tilskudd		3 275
703	21	Spesielle driftsutgifter	4 410	45 885
703	70	Tilskudd	12 426	32 300
711	21	Spesielle driftsutgifter		11 000
711	70	Tilskudd		1 000
711	74	Skolefrukt		17 289
718	63	Tilskudd	859	27 299
718	70	Frivillig arbeid	1 031	95 821
719	21	Spesielle driftsutgifter	2 503	50 301
719	60	Kommunetilskudd	130	11 855
719	70	Smittevern mv.	1 347	31 529
719	73	Fysisk aktivitet	469	31 488
719	74	Skolefrukt	1 010	
719	79	Andre tilskudd	1 529	15 460
720	22	Elektroniske resepter	30 422	56 770
726	71	Kjøp av opptrening og helsetjenester	23 653	
732	21	Spesielle driftsutgifter	934	8 354
732	70	Særskilte tilskudd	1 166	341 691
732	72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF		40 409 437
732	73	Basisbevilgning Helse Vest RHF		14 057 339
732	74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF		10 718 406
732	75	Basisbevilgning Helse Nord RHF		9 511 682
732	78	Forskning og nasjonale kompetansesentre		858 114
732	79	Raskere tilbake	373	483 567
732	81	Tilskudd til store byggeprosjekter		287 312
732	82	Investeringslån		689 628
733	72	Kjøp av opptrening mv.		41 160
743	21	Spesielle driftsutgifter	4 293	
743	62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner	84 399	
743	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid	18 176	
743	73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress	1 154	
743	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern	3 256	
751	21	Spesielle driftsutgifter	3 858	12 165
761	60	Kompetansetiltak i kommunene	4 126	193 555
761	63	Tilskudd til rusmiddeltiltak	6 181	

(i 1 000 kr)

761	70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv.	99	
762	73	Forebygging av uønskede svangerskap og abort		28 512
763	61	Kommunalt rusarbeid		323 088
763	71	Frivillig arbeid mv.		160 421
764	21	Spesielle driftsutgifter		33 941
764	60	Psykisk helsearbeid		195 837
764	72	Utviklingstiltak		413 543
764	73	Vold og traumatisk stress		108 255
770	70	Tilskudd		60 682

Anmodningsvedtak

Anmodningsvedtak er omtalt følgende steder i proposisjonen:

Nr.	Dato	Vedtak	Omtale
573 (2000–2001)	12. juni 2001	«Stortinget ber Regjeringen utarbeide særskilte kompetansekrav til frivillige mannskaper som er engasjert i ambulansetjeneste/suppleringstjeneste f.eks. ved idretts og kulturarrangementer og ulike redningsaksjoner.»	Kap. 783, side 239
372 (2004–2005)	30. mai 2005	«Stortinget ber Regjeringen legge forholdene til rette for å heve norsk kompetanse på legemiddelbehandling til barn gjennom å etablere et nasjonalt tverrfaglig kompetansenettverk.»	Kap. 751, side 147
125 (2006–2007)	6. desember 2006	«Stortinget ber Regjeringen vurdere lovfesting eller regelfesting knyttet til behovene til pårørende, barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige innen rus- og psykiatritjenestene og komme tilbake til Stortinget på en egnet måte.»	Kap. 763, side 192-193
189 (2007–2008)	3. desember 2007	«Stortinget ber Regjeringen endre kvalitetsforskriften slik at lokalpolitisk behandling av kvalitetskravene til omsorgstjenesten sikres.»	Kap. 761, side 168
192 (2007–2008)	10. desember 2007	«Stortinget ber Regjeringen vurdere hvordan en kan sikre luftambulansen gode landingsmuligheter ved norske sykehus.»	Kap. 732, side 114
392 (2007–2008)	7. mars 2008	«Stortinget ber Regjeringen legge til rette for at tortur- og overgrepsofre via henvisning fra fastlege får utredning om terapi og tannbehandling.»	Kap. 770, side 215
122 (2008–2009)	9. desember 2008	«Stortinget ber Regjeringen utrede behov og forankring av et tverrfaglig psykisk helsearbeid i kommunene».	Kap. 764, side 203
123 (2008–2009)	9. desember 2008	«Stortinget ber Regjeringen i presentasjon av KOSTRA-tall og rapportering av antall ansatte i omsorgssektoren synliggjøre hvordan sykefraværet har utviklet seg parallelt«	Kap. 761, side 161
254 (2008–2009)	16. mars 2009	«Stortinget ber Regjeringen kartlegge hvilket habiliterings- og rehabiliteringstilbud barn og voksne får etter cochlea implantatoperasjon.»	Kap. 732, side 114
255 (2008–2009)	16. mars 2009	«Stortinget ber Regjeringen kartlegge den tverrfaglige oppfølgingen barn med cochlea-implantat frem til skolestart.»	Kap. 732, side 114

Nr.	Dato	Vedtak	Omtale
256 (2008–2009)	16. mars 2009	«Stortinget ber Regjeringen sikre at CI-opererte får habilitering og rehabilitering umiddelbart etter operasjon.»	Kap 732, side 114-115
352 (2008–2009)	28. mai 2009	«Stortinget ber Regjeringen om å fremme forslag til tiltak for å styrke jordmortjenesten både med hensyn til kapasitet og kvalitet, og at dette forelegges Stortinget i egnet form.»	Kap. 762, side 180
475 (2008–2009)	16. juni 2009	«Stortinget ber Regjeringen om å sikre pasientens rett til at personsensitive helseopplysninger ikke formidles i påhør av andre, blant annet under legevisitter»	Kap 732, side 115
476 (2008–2009)	16. juni 2009	«Stortinget ber Regjeringen legge til rette for opplærings- og holdningsskapende tiltak for at taushetsplikten skal etterleves, eksempelvis som del av kvalitetssikringsarbeidet i helseforetakene.»	Kap. 732, side 115
478 (2008–2009)	16. juni 2009	«Stortinget ber Regjeringen i forbindelse med statsbudsjettet for 2010 fremme forslag om en sterkere satsing på helhetlig rusbehandling og oppfølging.»	Kap. 763, side 192
479 (2008–2009)	16. juni 2009	«Stortinget ber Regjeringen øke den norske innsatsen i internasjonalt narkotikaarbeid og i arbeidet med WHOs globale alkoholstrategi.»	Kap. 703, side 38
481 (2008–2009)	16. juni 2009	«Stortinget ber Regjeringen samarbeide med kommunene om å gjennomføre prosjekter etter inspirasjon fra STAD-prosjektet i Stockholm, som innebærer samarbeid med salgsnæringen om opplæring av personale i alkoholloven og konflikthåndtering, kombinert med flere kontroller av salgs- og serveringsstedene.»	Kap. 718, side 61-62
484 (2008–2009)	16. juni 2009	«Stortinget ber Regjeringen sørge for at alle parter som forholder seg til nakkeskader, må forholde seg til WHOs retningslinjer gjennom å bruke ICD-10-koding og ICF ved bruk av DRG (diagnoserelaterte grupper) og diagnostisering, behandling, oppfølging, skadeomfang, jus og forsikring.»	Kap. 732, side 115
487 (2008–2009)	16. juni 2009	«Stortinget ber Regjeringen arrangere en konsensuskonferanse, der representanter fra både fagmiljø og brukerorganisasjoner drøfter faglige, etiske og prioriteringsmessige sider av forslaget om å tilby heroinassistert behandling for rusmiddelavhengige i Norge.»	Kap. 763, side 192
556 (2008–2009)	19. juni 2009	«Stortinget ber Regjeringen legge frem en egen sak om organisering og vilkår for den fremtidige ordningen med spesialistgodkjenning og utdanning av spesialister i helsevesenet.»	Kap. 783, side 239

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 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
700	Helse- og omsorgsdepartementet	157 756	148 536	152 666	2,8
701	Forskning	209 006	224 122		-100,0
702	Beredskap	75 053	72 132	74 190	2,9
703	Internasjonalt samarbeid	49 910	59 375	78 185	31,7
	Sum kategori 10.00	491 725	504 165	305 041	-39,5

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
01-23	Statens egne driftsutgifter	259 891	253 742	269 466	6,2
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	5 049	4 615		-100,0
50-59	Overføringer til andre statsregnskap	209 006	224 122		-100,0
70-89	Andre overføringer	17 779	21 686	35 575	64,0
	Sum kategori 10.00	491 725	504 165	305 041	-39,5

Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
01	Driftsutgifter	152 707	143 921	152 666
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	5 049	4 615	
	Sum kap. 700	157 756	148 536	152 666

Helse- og omsorgsdepartementets mål er å utforme en helhetlig og effektiv politikk for helsetjenester (primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester), pleie- og omsorgstjenester, tiltak for rusmisbrukere og å fremme folkehelsearbeidet. Bevilgningen dekker departementets administrasjonsutgifter til lønn og drift.

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

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvaret for følgende underliggende virksomheter og foretak:
- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Nord RHF
- Helse Sør-Øst RHF
- Helse Vest RHF
- Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Statens legemiddelverk
- Statens strålevern
- Helsedirektoratet
- Statens helsetilsyn
- Norsk pasientskadeerstatning
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
- Statens institutt for rusmiddelforskning
- AS Vinmonopolet
- Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren AS
- Norsk Helsenett SF

Følgende nemndsekretariater er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet:
- Sekretariat for Bioteknologinemnda
- Sekretariat for Statens helsepersonellnemnd
- Sekretariat for Dispensasjonsnemnda og Klagenemnda for behandling i utlandet
- Sekretariat for Pasientskadenemnda
- Sekretariat for Vitenskapskomiteen for mattrygghet
- Klagenemnda for Vinmonopolets innkjøp

I sesjonen 2008-2009 er det lagt fram følgende for Stortinget i tillegg til de faste budsjettproposisjonene:
- St.prp. nr. 13 (2008-2009) Om endringer i statsbudsjettet for 2008 under Helse- og omsorgsdepartementet
- St.prp. nr. 86 (2008-2009) Om endringer i statsbudsjettet for 2009 under Helse- og omsorgsdepartementet (takstoppgjørene for leger, psykologer og fysioterapeuter, samt fullmakt til bestilling av pre-pandemivaksine)
- Ot.prp. nr. 2 (2008-2009) Om lov om endringer i helsepersonelloven og helseforskningsloven
- Ot.prp. nr. 5 (2008-2009) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (inspeksjonsordning for miljørettet helsevern)
- Ot.prp. nr. 18 (2008-2009) Om lov om endringer i lov 9. mars 1973 nr. 14 om vern mot tobakksskader
- Ot.prp. nr. 27 (2008-2009) Om lov om endringer i lov om svangerskapsavbrudd (abortloven)
- Ot.prp. nr. 39 (2008-2009) Om lov om endringer i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven)
- Ot.prp. nr. 51 (2008-2009) Om lov om endringer i helseregisterloven og helsepersonelloven
- Ot.prp. nr. 53 (2008-2009) Om lov om endringer i lov 2. juni 1989 nr. 27 om omsetning av alkoholholdig drikk m.v. (opphevelse av forbudet mot privat innførsel av alkoholholdig drikk)
- Ot.prp. nr. 59 (2008-2009) Om lov om endringer i midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) m.m.
- Ot.prp. nr. 73 (2008-2009) Om lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet
- Ot.prp. nr. 83 (2008-2009) Om lov om endringer i helsepersonelloven
- Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) Om lov om endringar i helsepersonelloven m.m. (oppfølging av born som pårørande)
- Ot.prp. nr. 90 (2008-2009) Om lov om forklaringsplikt, taushetsplikt mv. for utvalg som skal undersøke forhold knyttet til at personer med kjent psykisk lidelse har tatt liv
- Ot.prp. nr. 91 (2008-2009) Om lov om endringer i apotekloven
- Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) Om lov om endringer i folketrygdloven m.m. (etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land)
- St.meld. nr. 12 (2008-2009) En gledelig begivenhet
- St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

Norsk Helsenett SF

Norsk Helsenett SF ble etablert 1. juli 2009. Det legges opp til virksomhetsoverdragelse av Norsk Helsenett AS til Norsk Helsenett SF høsten 2009. Foretaket vil få et helhetlig ansvar for utvikling og drift av IKT-infrastruktur på helse- og omsorgsområdet.

Norsk Helsenett SF skal ivareta behovet for et sikkert, effektivt og enhetlig kommunikasjonsnettverk mellom aktører i norsk helse- og omsorgssektor. Statsforetaket skal ha en godkjent sikkerhetsarkitektur, tilstrekkelig overføringskapasitet, enhetlig infrastruktur og samlet administrasjon av nettverket. Statsforetaket skal tilrettelegge tjenester og være en pådriver for elektronisk samhandling mellom offentlige og private aktører i helse- og sosialsektoren.

Post 01 Driftsutgifter

Overføring av stilling til Helsedirektoratet

I løpet av høsten 2009 vil en stilling/stillingsinnehaver overføres fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet sammen med oppgaver innenfor beredskapsfeltet. Lønnsmidler til stillingen på 650 000 kroner for 2010 overføres fra kap. 700, post 01 til kap. 720, post 01.

Kap. 3700 Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
16	Refusjon av foreldrepenger	1 739		
17	Refusjon lærlinger	48		
18	Refusjon av sykepenger	1 449		
	Sum kap. 3700	3 236		

Kap. 701 Forskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
50	Norges forskningsråd mv.	209 006	224 122	
	Sum kap. 701	209 006	224 122	

Bevilgningen er flyttet til kap. 780, post 50.

Kap. 702 Beredskap

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 70*	70 538	68 716	70 915
70	Tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	4 515	3 416	3 275
	Sum kap. 702	75 053	72 132	74 190

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

Helse- og sosialberedskapen utgjør en del av regjeringens samlede innsats for samfunnssikkerhet og beredskap, jf. St.meld. nr. 39 (2003-2004) Samfunnssikkerhet og sivilt-militært samarbeid og Innst. S. nr. 49 (2004-2005), samt St.meld. nr. 22 (2007-2008) Samfunnssikkerhet, samvirke og samordning og Innst. S. nr. 85 (2008).

Helse- og sosialberedskap er integrert i de ulike fagområdene og tiltak finansieres primært over ordinære driftsbudsjetter, kapittel 703, 710, 715, 719, 720, 732 og 750. Bevilgningen omfatter særskilte beredskapstiltak og delfinansiering av tiltak. For å ivareta en helhetlig framstilling er alle hovedområdene i helse- og sosialberedskapsarbeidet omtalt her.

Hovedprioriterte områder i 2010 er:

- Å styrke krisehåndteringen i helse- og sosialsektoren
- Å arbeide for en robust forsyningssikkerhet i helsetjenesten og næringen
- Å arbeide for en robust beredskap mot atom-, kjemiske og biologiske hendelser herunder beredskap mot pandemisk influensa
- Å styrke det nasjonale og internasjonale samarbeidet på området.

Styrke krisehåndteringsevne i helse- og sosialsektoren

Lov om helsemessig og sosial beredskap pålegger kommunesektoren, regionale helseforetak og staten å ha beredskapsplaner for å sikre forsvarlige helse- og sosialtjenester ved kriser, katastrofer og krig. Sykehus, vannverk, Mattilsynet og næringsmiddellaboratorier har også planplikt etter loven. Planplikten er for øvrig også hjemlet i annen helse- og sosiallovgivning, bl.a. kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, smittevernloven, matloven og strålevernloven. Når den nye kontrollforordningen for matområdet (forordning (EF) nr. 882/2004) tar til å gjelde for Norge, vil også den stille krav til Mattilsynet om å ha beredskapsplaner.

Alle helseforetakene har overfor Helsetilsynet og Helsedirektoratet bekreftet å ha planer etter lov om helsemessig og sosial beredskap og smittevernloven. Disse planene tar også høyde for pandemisk influensa. Tilsvarende gjelder for de fleste kommunene. Det vil være et løpende arbeid med å videreutvikle kvaliteten på eksisterende beredskapsplanverk.

Helsedirektoratet, Statens strålevern og fylkesmennene gir veiledning til kommuner, regionale helseforetak og helseforetak, og bistår dem med øvelser og andre kompetansetiltak, for å medvirke til at de utvikler kvaliteten på sine beredskapsplaner i tråd med lovpålagte krav. Sektoren har deltatt i en rekke øvelser, bl.a. med pandemi-, atomulykke og næringsmiddelscenario.

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

Mattilsynet følger opp vannverkene for å bidra til at de har lovpålagte beredskapsplaner. Mattilsynet har i tråd med en egen handlingsplan ført tilsyn med alle godkjenningspliktige vannverk og et utvalg av de øvrige vannverkene, og gjennomført en nasjonal tilsynskampanje for vannverk.

Departementet vil i løpet av 2009 revidere Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan på basis av innspill fra berørte fagmiljøer.

Mål for 2010 er å få kommuner, regionale helseforetak og helseforetak til å videreutvikle kvaliteten på beredskapsplaner og samhandlingen i egen sektor og overfor andre sektorer gjennom avtaler, prosedyrer og kompetansetiltak.

Robust forsyningssikkerhet av legemidler, materiell og utstyr

Kommuner, regionale helseforetak og helseforetak skal i sin beredskapsplanlegging etter lov om helsemessig og sosial beredskap ha tilfredsstillende sikkerhet for forsyning av materiell, utstyr og legemidler for å sikre forsvarlige tjenester ved kriser, katastrofer og krig jf. avsnittet over.

Apotekene har etter apotekloven leveringsplikt for forhandlingspliktige varer. Grossistforskriften fastslår grossistenes plikt til å føre det utvalg av legemidler som etterspørres i det norske markedet, og at de som hovedregel skal kunne levere legemidlene innen 24 timer. Statens legemiddelverk forvalter legemiddelloven og apotekloven. Ny EU-lovgivning pålegger legemiddelfirmaer med markedsføringstillatelse meldeplikt om midlertidig eller permanent avbrudd i legemiddelforsyningen til myndighetene. Denne lovgivningen ble tatt inn i EØS-avtalen ved EØS-komiteens beslutning av 29. mai 2009. Det tas sikte på å fastsette ny legemiddelforskrift, om bl.a. meldeplikt i Norge, i løpet av 2009. Statens legemiddelverk har i samarbeid med Legemiddelindustriforeningen innført ordningen på frivillig basis.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har ansvar for nasjonal vaksineforsyning og holder et beredskapslager av vaksiner og andre særskilte legemidler som immunglobuliner og sera.

Som et supplement til helsetjenestenes og næringens beredskap forvalter Helsedirektoratet avtaler med grossister om nasjonale beredskapslagre av legemidler og medisinsk forbruksmateriell. Direktoratet har ansvar for å koordinere arbeidet med forsyningssikkerhet på legemiddelområdet med Statens legemiddelverk, Nasjonalt folkehelseinstitutt, de regionale helseforetakene og kommunene (gjennom fylkesmennene). Direktoratets ansvar omfatter bl.a. å utarbeide nasjonale retningslinjer for sektorens forsyningssikkerhet av legemidler og foreta vurderinger av beredskapen på området, jf. Nasjonal helseplan 2007–2010. Legemidler, medisinsk utstyr og forbruksmateriell produseres i liten grad i Norge, og lagrene i norske distribusjonsledd holdes på lavt nivå. Ifølge direktoratet har grossister og apotek i gjennomsnitt en lagerbeholdning på to til tre ukers forbruk hver.

Mål for 2010 er å videreføre arbeidet med å utvikle en sammenhengende forsyningssikkerhet i sektoren i tråd med Nasjonal helseplan 2007–2010.

Robust beredskap mot atom- biologiske og kjemiske hendelser

Helsemyndighetene har siden 2001 utviklet beredskapen mot atom-, biologiske og kjemiske hendelser, bl.a. ved å etablere en Landsfunksjon for behandling av abc-skader ved Oslo Universitetssykehus HF, Ullevål. Det utvikles også overvåknings-, måle- og analysekapasiteter, legemiddellagre, innsatsteam og kompetansetiltak.

Mål for 2010 er å videreutvikle Landsfunksjon for abc-skader og andre beredskapstiltak mot atom-, biologiske og kjemiske hendelser.

Pandemiberedskap og ny influensa A (H1N1)

Helsemyndighetene har forberedt tiltak for å møte en pandemi i tråd med WHOs og EUs anbefalinger. Situasjonen vedrørende ny influensa A (H1N1) håndteres nå i dialog med WHO og EU – med basis i Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan og Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa. Sistnevnte gir rammer for alle departementene.

Helsemyndighetene har kjøpt inn og holder et lager av antivirale legemidler og andre medikamenter, for å kunne behandle dem som blir syke ved en pandemi. Helsedirektoratet forvalter lageret og sørger sammen med berørte parter for logistikk knyttet til distribusjon av antiviralia til befolkningen.

Helsemyndighetene har en leveranseavtale med en produsent om kjøp av pandemivaksine til befolkningen, jf. St. prp. nr. 1 (2008-2009). Beslutning om oppstart av produksjon ble utløst ved fase 6 i pandemiens utvikling. Nasjonalt folkehelseinstitutt forvalter avtalen og sørger sammen med berørte parter for logistikk og kompetansetiltak knyttet til distribusjon av vaksiner.

Når det gjelder budsjettmessige implikasjonene av tiltak mot influensa A (H1N1) for 2009 vil departementet fremme en egen proposisjon. Det vises også til bevilgning knyttet til kjøp av pandemivaksine under kapittel 710.

Mål for 2010 er å håndtere utbruddet av ny influensa A (H1N1) og videreutvikle pandemiberedskapen i samråd med WHO og EU.

Nasjonalt og internasjonalt samarbeid

Departementet deltar fast i Regjeringens Kriseråd. Under departementet er det etablert prosesser og møtearenaer som bl.a. Helseberedskapsrådet, Pandemikomiteen og Kriseutvalget for atomberedskap.

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

Mål for 2010 er å videreutvikle det nasjonale og internasjonale samarbeidet, bl.a. nordisk samarbeid om håndtering av kriser og katastrofer i utlandet og samarbeidet innenfor og mellom WHO, EU, IAEA og NATO.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen foreslås satt ned 0,25 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 725, post 01, settes opp tilsvarende. Det vises til omtale av Campell collaboration under kap. 725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Kap. 703 Internasjonalt samarbeid

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	36 646	41 105	45 885
70	Tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 60*	13 264	18 270	32 300
	Sum kap. 703	49 910	59 375	78 185

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er 13,45 mill kroner flyttet fra kap. 724, post 71 til kap. 703 post 70.

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

Internasjonalt samarbeid er integrert i de ulike fagområdene og finansieres i hovedsak over ordinære driftsbudsjetter. For å ivareta en helhetlig framstilling er alle hovedområdene i det internasjonale arbeidet omtalt her.

Denne bevilgningen dekker kontingenter til programmer og deltakelse i byråer knyttet til EØS-avtalen og kostnader til fire nasjonale ekspertstillinger i Europakommisjonen. Bevilgningen dekker bidrag til European Observatory on Health Systems and Policies, samt utdanning ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV) for kandidater fra Norge og stipendier for folkehelsekunnskap.

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

Hovedprioriteringer for 2010:

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

EU/EØS

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

Norge deltar i EUs tredje generasjon av helseprogram (2008– 2013) jf. St.prp. nr. 36 (2007– 2008) om programdeltakelsen, jf. Innst. S. nr. 217 (2007-2008). Deltakelsen omfatter representasjon i programkomiteen og deltakelse i arbeidsgrupper. Norske fagmiljøer deltar i flere prosjekter. Bevilgningen dekker kontingent for deltakelsen samt kostnader til fire nasjonale ekspertstillinger ved Europakommisjonen, bl.a. knyttet til helseprogrammet og mattrygghetsområdet.

Norge følger opp EUs regelverksutvikling på mattrygghetsområdet ved å gjennomføre 50–100 rettsakter i norsk rett årlig på departementets område. Norge deltar i den faste komité for næringsmiddelkjeden og dyrehelsen og i flere arbeids- og ekspertgrupper under Europakommisjonen for å påvirke innholdet i nytt regelverk. Norge arbeider med gjennomføring av forordning (EF) nr. 178/2002 om allment næringsmiddelregelverk og om opprettelse av Den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet, European Food Safety Authority (EFSA). Gjennomføring av forordningen vil sikre formell norsk deltakelse i EFSA. Norge har siden opprettelsen av EFSA deltatt i organets rådgivende utvalg som observatør. Norsk deltagelse i EFSA er forankret i stortingsproposisjon om næringsmiddelregelverket og EFSA, St.prp. nr. 47 (2007–2008). Norge gjennomfører nå EUs regelverk om næringsmiddelhygiene og kontroll ved produksjon og omsetning av mat. Stortinget har sluttet seg til St.prp. nr. 46 (2007-20008) om dette regelverket, og til proposisjonen om allment næringsmiddelregelverk og EFSA, jf. Innst. S. nr. 273 (2007-2008) og Innst. S. nr. 277 (2007-2008).

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

når sakene er avklart gjennom beslutning i EØS-komiteen.

Norge deltar aktivt for å påvirke det EØS-baserte regelverket for merking av matvarer. Kommisjonen har fremmet forslag om en ny forordning om matinformasjon. Forslaget er til behandling i Rådet og Parlamentet. Norge arbeider aktivt for å påvirke forslaget, som på enkelte punkter ikke er i tråd med norske synspunkter. Det arbeides også med å påvirke regelverket for ernærings- og helsepåstander, som er til behandling i Rådet og Parlamentet.

Norge deltar i oppfølging av EUs hvitbok om kosthold og fysisk aktivitet, blant annet gjennom deltakelse i High Level Group on Nutrition and Physical Activity.

Norge arbeider aktivt for å påvirke det foreliggende forslaget til ny forordning om kosmetiske produkter.

Norge deltar i EU-byrået for godkjenning av legemidler, European Medicines Agency (EMEA) og byråets ekspertkomiteer. Norske representanter deltar i EU-nedsatte utvalg og komiteer innenfor områdene legemidler og medisinsk utstyr.

Europakommisjonen la i juli 2008 fram et forslag til direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester. Kommisjonen ønsker å klargjøre hvordan reglene om fri bevegelse i det indre marked skal virke i helsesektoren og styrke samarbeidet mellom helsesystemene i medlemslandene. Forslaget er til behandling i EUs beslutningsorganer. Endelig vedtak kan først ventes i 2010. Fra norsk side pågår et aktivt arbeid med å formidle norske synspunkter på forslaget til formannskap og medlemsland, samt Europakommisjonen og Europaparlamentet.

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

Norge er medlem i EUs narkotikaovervåkingssenter The European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Medlemskapet bygger på en bilateral avtale. Norge er fullverdig medlem, men uten stemmerett i styret. Senteret samler inn og analyserer data, driver utviklingsarbeid for å forbedre sammenliknbarheten av data på tvers av grenser og formidler og distribuerer informasjon. Bevilgningen dekker kontingenten for deltakelse i EMCDDA.

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

EU-landene har et nært samarbeid om helseberedskapsspørsmål. Hovedarbeidet skjer gjennom Health Security Committee (HSC). Under HSC er det opprettet tre arbeidsgrupper som arbeider med abc-beredskap, generisk beredskap og influensaberedskap. Norge deltar i samarbeidet, bl.a. i arbeidsgrupper for utvikling av felles standarder og krisehåndteringsverktøy, og i nettverk for informasjon og varsling relatert til bruk av abc-midler.

EUs senter for forebygging og kontroll av sykdommer (ECDC) i Stockholm har så langt vist seg svært verdifullt for blant annet norsk pandemiberedskap. ECDC er bl.a. ansvarlig for smittevernovervåkning, varsling og vitenskapelig basert rådgivning om håndtering av sykdomsutbrudd. Norge deltar i senterets aktiviteter og styrende organer.

Gjennom EØS-finansieringsordningene har Norge bidratt med rundt 10 mrd. kroner i perioden 2004–2009. Formålet har vært å bidra til de nye medlemslandenes økonomiske og sosiale integrasjon. Helse har vært en av de prioriterte sektorene. Departementet har lagt vekt på å bidra aktivt til utvikling av prosjekter og partnerskap med de aktuelle landene. Forhandlinger om nye EØS-finansieringsordninger etter 2009 er ikke avsluttet per september 2009.

Mål for 2010 er fortsatt oppfølging av samarbeidsområdene pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester, beredskap og smittevern, mattrygghet og deltagelse i folkehelseprogrammet 2007-2013.

Verdens helseorganisasjon (WHO)

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

Utbruddet av influensa A preget helseforsamlingen 2009. WHO er en ledende aktør i den internasjonale oppfølgingen av pandemien, og Norge støtter opp om WHOs rolle. Umiddelbar deling av virus gjennom etablerte FN-kanaler er nødvendig for et rettferdig, åpent og likeverdig system. Norges hovedmål er et globalt smittevern med tilgang for alle.

Norge har gjennomført hoveddelen av det internasjonale helsereglementet (IHR 2005) i

norsk rett og arbeider med den resterende implementeringen. Reglementet gir retningslinjer for varsling og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse, for eksempel en pandemi. Nasjonalt folkehelseinstitutt er nasjonalt IHR-kontaktpunkt i Norge.

Betydningen av en velfungerende primærhelsetjeneste, herunder styrking av helsesystemer stod høyt på dagsorden under Verdens helseforsamling 2009. Norge arbeider for en fortsatt styrking av disse områdene i WHOs arbeid. Sosiale helsedeterminanter er en annen sentral sak i WHO som Norge følger tett. Målsetningen er å redusere de sosiale ulikhetene i helse.

I 2010 står handlingsplanen for ikke-smittsomme sykdommer på Helseforsamlingens agenda. Norge deltar aktivt i oppfølgingen av denne og følger spesielt opp WHOs arbeid med anbefalinger om ansvarlig markedsføring av mat og ikke-alkoholholdig drikke til barn og unge. Helsedirektoratet leder et europeisk nettverk som arbeider med å gi innspill til disse anbefalingene. Arbeidet er en viktig del av oppfølgingen av WHOs globale strategi for kosthold, fysisk aktivitet og helse.

WHO vil i 2010 legge frem et forslag til en strategi mot skadelig bruk av alkohol. Norge vil bidra aktivt for å at det oppnås enighet om strategi som gir grunnlag for omforente og konkrete tiltak globalt, regionalt og lokalt.

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

WHO har satt klima og helse høyt på agendaen, et arbeid som følges opp i WHO globalt og WHO Euro. WHO er en pådriver for en prosess om miljørettede helseproblemer i Europa og det har vært arrangert fire ministerkonferanser om miljø og helse. Norge har fulgt prosessene aktivt og deltar inn i forberedelsene av den neste ministerkonferansen i 2010. Norge er representert i European Environment and Health Committee (EEHC) under WHOs Europakontor og har siden 2008 ivaretatt lederansvaret for helse.

Det pågår et arbeid i WHO med sikte på å skape enighet om å unngå aktiv rekruttering av helsepersonell fra fattige land som selv har et underskudd på helsepersonell. Det legges opp til at et forslag om en kode for etisk rekruttering behandles under Verdens helseforsamling i 2010 etter regionale konsultasjoner høsten 2009.

Mål for 2010 er å bidra til et målrettet og samlet norsk engasjement i WHO. Norge stiller kandidatur til WHOs styre for perioden 2010-2013 og vil i den sammenheng utarbeide en nasjonal WHO-strategi. Det legges vekt på primærhelsetjeneste, helsesystemutvikling og helsepersonellspørsmål. Videre vektlegges arbeidet med ikke-smittsomme sykdommer, herunder arbeidet med en strategi mot skadelig bruk av alkohol, rammekonvensjonen for tobakkskontroll og WHOs globale strategi for kosthold, fysisk aktivitet og helse. Klima og helse og handlingsplanen for barns miljø og helse følges også opp. Det legges videre vekt på arbeidet med protokollen for vann og helse der Norge i inneværende periode sitter i byrået for protokollen.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 479, 16. juni 2009

> «Stortinget ber Regjeringen øke den norske innsatsen i internasjonalt narkotikaarbeid og i arbeidet med WHOs globale alkoholstrategi.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dok nr. 8:79 (2008-2009), jf. Innst. S. nr. 323 (2008-2009).

Regjeringen har utarbeidet et posisjonsnotat om norsk narkotikapolitikk til bruk for norske tjenestemenn i internasjonale fora. Ved hjelp av posisjonsnotatet og en tilhørende strategi med prioriterte tiltak som er under utarbeidelse, vil Regjeringen sørge for økt og mer målrettet innsats i internasjonalt narkotikaarbeid. Siden Verdens helseforsamling vedtok en resolusjon om folkehelseproblemer forårsaket av skadelig bruk av alkohol i 2005, har Regjeringen tett fulgt WHOs arbeid med en global alkoholstrategi. Det nordiske samarbeidet i WHO er blitt styrket fra 2008, og som ledd i forberedelsene til den globale strategien er Norge medarrangør av en global ekspertkonferanse i Stockholm i september 2009.

FNs narkotikasamarbeid

Som oppfølging av den foretatte gjennomgangen av det internasjonale narkotikasamarbeidet i 2008, har HOD, FIN, JD og UD i 2009, i nært samarbeid med etater og frivillige organisasjoner, utarbeidet et posisjonsnotat til bruk for norske utenriksstasjoner og tjenestemenn med oppdrag i internasjonale fora. Et tilhørende strateginotat er under utarbeidelse. Posisjonsnotatet og strateginotatet vil ligge til grunn for Norges internasjonale narkotikaarbeid i 2010. Viktige føringer for veien videre er likeledes den politiske erklæringen og handlingsplanen som ble vedtatt av FNs høynivåmøte om narkotika i mars 2009.

Europarådet

Europarådet er en viktig arena for Norge, også på helseområdet. Europarådets ministerråd har vedtatt en strategi som skal fokusere på forholdet mellom helse og menneskerettigheter. Norge deltar aktivt i helsearbeidet under Europarådet. På flere områder er dette et viktig supplement til arbeidet som foregår i EU. Norge leder for tiden helsekomiteen og deltar i en ekspertgruppe på området mobilitet, migrasjon og tilgang til helsetjenester. Norge er representert i komiteen for bioetikk, som har arbeidet mye med spørsmål om arvemessig screening. Helsedirektoratet representerer Norge i disse komiteene. Norge bidrar i utarbeidelse av retningslinjer for kosmetikk og matkontaktmaterialer og har eksperter i komiteene for blodsikkerhet, organtransplantasjon og komiteen for legemidler og legemiddelbehandling under delavtalen for den europeiske farmakopeen. Norge leder flere av disse ekspertgruppene. Som ledd i Europarådets strategi A Europe for and with Children 2009-2012, vil en ekspertgruppe under helsekomiteen se på utfordringene knyttet til et helsesystem tilrettelagt også for barn og fokusere på helsen til sårbare grupper av barn. Bevilgningen dekker kontingent til delavtalen for den europeiske farmakopeen og kontingent til norsk deltakelse i Pompidougruppen, som er Europarådets tverrfaglige samarbeidsgruppe for narkotikaspørsmål på ministernivå. Helse- og omsorgsdepartementet representerer Norge i Pompidougruppen,

European Observatory on Health Systems and Policies

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

Nordisk Ministerråd

Norge deltar aktivt i arbeidet under Nordisk Ministerråd på helse- og mattrygghetsområdet og bidrar til en rekke nordiske prosjekter som Nordisk Ministerråd støtter. Dette er bl.a. prosjekter innen alkoholpolitikk, narkotikapolitikk, psykisk helse, helseberedskap, e-helse og telemedisin, sunnere matvarer, livsstil, mattrygghet, merking og sporing av matvarer, kjøttkontroll og samarbeid med Nordvest-Russland og de baltiske landene.

Som ledd i moderniseringen av Nordisk Ministerråd besluttet de nordiske sosial- og helseministrene i juni 2008 den framtidige institusjonsstrukturen. Nordens velferdssenter (NVC) ble etablert i januar 2009 med styre i Stockholm. Nordisk samarbeidsorgan for handikapspørsmål, Nordisk utviklingssenter for hjelpemidler og Nordisk utdanningssenter for utvikling av sosial service inngår i NVC. Nordisk senter for alkohol- og narkotikaforskning og Nordisk utdanningssenter for døvblinde er omdannet til datterinstitusjoner under den nye institusjonen. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV) består som institusjon på helseområdet og tilbyr etterutdanning, masterprogram og doktorgradsutdanning mv. til helse- og sosialpersonell for å styrke kompetansen innen folkehelsearbeidet. Bevilgningen dekker utdanning ved NHV for kandidater fra Norge. På møtet i Ministerrådet for helse og sosialpolitikk ble det i juni 2009 besluttet at Nordisk institutt for odontologiske materialer (NIOM) skulle omdannes til et nordisk samarbeidsorgan, organisert som datterselskap under UniRand AS ved Universitetet i Oslo, med virkning fra januar 2010.

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

Ministerrådet for fiskeri og havbruk, jordbruk, næringsmidler og skogbruk har i 2008 og 2009 prioritert oppfølgingen av den nordiske handlingsplanen for bedre helse og livskvalitet gjennom mat og fysisk aktivitet. Det er blant annet etablert et nordisk nettverk for fysisk aktivitet, mat og sunnhet i regi av Helsedirektoratet, Statens Folkhälsoinstitut og Sundhedsstyrelsen. Nettverket inkluderer også lokalt og regionalt nivå i de involverte landene. Iverksetting av Nøkkelhullet som en felles, frivillig merkeordning for matvarer er en viktig satsing. Dette er nærmere beskrevet i kap. 711.

Danmark overtar formannskapet i Nordisk ministerråd i 2010. Deres fokus vil i formannskapsperioden være ernæring og sunnhet, særlig rettet mot barn og unge. Dessuten vil arbeid for å synliggjøre nordisk arbeid med mattrygghet, dyrevelferd og dyrehelse bli prioritert.

Mål for 2010 er å følge opp det nordiske helsesamarbeidet og styrke den nordiske plattformen i EU og WHO.

Den nordlige dimensjon, Barents- og Russlandssamarbeidet

Norge er en pådriver i helsesamarbeidet i nordområdene gjennom Partnerskapet for helse og livskvalitet innenfor rammen av Den nordlige dimensjon og Barentsrådets helse- og sosialprogram. Norge har prioritert tiltak mot tuberkulose, helse og hygiene i fengsler og forebygging av hiv. Partnerskapet omfatter 13 land, EU-kommisjonen og åtte internasjonale organisasjoner. Norge har lederervervet i 2008–2009 med Russland som nestleder. Norge leder Partnerskapets arbeid med helse i fengsler, og vil fortsette sin innsats på dette området også i 2010. Samarbeidet under Barentsrådets helse- og sosialprogram er en del av Partnerskapet. De viktigste aktivitetene er tiltak mot hiv/aids og tiltak for utsatte barn og unge.

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

Situasjon med smittsomme sykdommer, herunder hiv og tuberkulose, i Russland følges nøye, både på norsk side gjennom Meldingssystem for smittsomme sykdommer og på russisk side gjennom det internasjonale samarbeidet EpiNorth.

Mål for 2010 er å arbeide aktivt for å oppnå målene i erklæringen om Partnerskapet og Barentsrådets helse- og sosialprogram.

Bilaterale samarbeidsordninger og avtaler

I tillegg til Norges samarbeid med Russland gjennom Den nordlige dimensjon og Barents helse- og sosialprogram har Norge hatt en bilateral helseavtale med Russland siden 1994. Samarbeidet er blitt fornyet gjennom politisk kontakt i 2009, og satsingsområder i de neste årene er blant annet organisering av helsetjenesten, folkehelse, forebygging av infeksjonssykdommer mv. I samarbeid med Justisdepartementet er det også inngått et samarbeid som omfatter helse i fengsler.

Norge har også et bilateralt helsesamarbeid med Kina. Det planlegges undertegning av en ny handlingsplan under Kina-samarbeidet for perioden 2010-2013 i Oslo høsten 2009. Et viktig element i det videre samarbeidet med Kina vil være utvikling av helsesystemer, og da særlig primærhelse.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker bl.a. årlige kontingenter til programmer og deltakelse i byråer i EU hvor Norge er forpliktet til å delta. Kontingentenes størrelse fastsettes av EU og varierer fra år til år.

Kap. 3703 Internasjonalt samarbeid

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
03	Refusjon fra Utenriksdepartementet	17 500	18 270	18 855
	Sum kap. 3703	17 500	18 270	18 855

Bevilgningen omfatter refusjon fra Utenriksdepartementet til utgifter vedrørende tilskudd til samarbeidsprosjekter med Russland, bilaterale prosjekter og Partnerskapet under Den nordlige dimensjon og Barentsrådets helse- og sosialprogram, jf. kap. 703.

Utenriksdepartementets salderte budsjett til prosjekter innenfor sosial- og helseområdet var i 2009 på 17,5 mill. kroner.

Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
70	Legemiddelomsetningsavgift	137 620	66 025	66 025
71	Vinmonopolavgift	36 150	51 100	44 100
72	Avgift utsalgssteder utenom apotek	5 579	4 381	4 381
73	Legemiddelkontrollavgift	56 584	60 322	60 322
	Sum kap. 5572	235 933	181 828	174 828

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er omtalen av kap. 5572 flyttet fra programkategori 10.50 Legemidler.

Post 70 Legemiddelomsetningsavgift

I 2009 ble det budsjettert med vel 66 mill. kroner i avgift gjennom en avgiftssats på 0,55 pst. som ble lagt på all legemiddelomsetning ut fra grossist. Samme avgiftssats legges til grunn for avgiftsinngangen i 2010. Avgiften dekker blant annet utgiftene til tilskudd til fraktrefusjon av legemidler, Relis, etterutdanning og tilskudd til apotek mv. jf. omtale under kap. 751, post 70, samt delfinansiering av driften ved Statens legemiddelverk, jf. Ot.prp. nr. 61 (2000–2001) og St.prp. nr. 1 (2000–2001).

Post 71 Vinmonopolavgiften

Vinmonopolavgiften utgjør i praksis det beløpet AS Vinmonopolet skulle ha betalt i kommuneskatt på bakgrunn av regnskapsåret 2008 og beregnes som 28 prosent av virksomhetens resultat. Avgiften skal innbetales til staten i januar 2010 og vil utgjøre 44,1 mill. kroner.

Post 72 Avgift utsalgssteder utenom apotek

Det ble i 2009 budsjettert med vel 4 mill. kroner i avgift, og dette avgiftsnivået legges også til grunn for 2010. Avgiften kreves inn som en prosentvis avgift basert på grossistenes omsetning til utsalgssteder utenom apotek. Inntektene skal dekke Legemiddelverkets kostnader knyttet til administrasjon av ordningen, samt Mattilsynets kostnader forbundet med tilsyn.

Post 73 Legemiddelkontrollavgift

Avgiften legges på legemiddelprodusentenes omsetning og skal blant annet finansiere kvalitetskontroll, bivirkningsovervåkning, informasjonsvirksomhet mv., jf. St.prp. nr. 1 (1991–1992).

Programkategori 10.10 Folkehelse

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	980 166	949 719	1 194 477	25,8
711	Ernæring og mattrygghet			47 810	
712	Bioteknologinemnda	7 829	8 021	8 117	1,2
715	Statens strålevern	108 350	106 727	111 889	4,8
716	Statens institutt for rusmiddelforskning	36 944	36 514	35 950	-1,5
718	Rusmiddelforebygging	152 478	174 505	201 089	15,2
719	Annet folkehelsearbeid	232 691	253 100	140 633	-44,4
	Sum kategori 10.10	1 518 458	1 528 586	1 739 965	13,8

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
01-23	Statens egne driftsutgifter	1 207 661	1 189 613	1 491 005	25,3
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	20 841	16 766	17 219	2,7
60-69	Overføringer til kommune forvaltningen	69 507	96 854	39 154	-59,6
70-89	Andre overføringer	220 449	225 353	192 587	-14,5
	Sum kategori 10.10	1 518 458	1 528 586	1 739 965	13,8

Folkehelsearbeidet er samfunnets samlede innsats for å styrke forhold som bidrar til god helse og svekke forhold som medfører helserisiko, samt innsats for en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen. Folkehelsearbeidet er sektorovergripende og handler om å skape gode oppvekstvilkår for barn og unge, utvikle et samfunn som legger til rette for sunne levevaner og fremmer fellesskap, trygghet, inkludering og deltakelse. Grunnlaget for god helse legges i barne- og ungdomsårene. Velferds- og livsstilssykdommer er den største utfordringen i den vestlige verden. Fedme, fysisk inaktivitet, ugunstig kosthold, tobakks- og alkoholbruk og psykiske problemer er blant de største helseutfordringene. I tillegg er tiltak og beredskap mot helseutfordringer som smittsomme sykdommer og strålingsfare viktig.

Programkategori 10.10, Folkehelse, omfatter bevilgninger til virksomhetene Nasjonalt folkehelseinstitutt, Vitenskapskomiteen for mattrygghet, Bioteknologinemnda, Statens strålevern og Statens institutt for rusmiddelforskning. Også statens overskuddsandel og utbytte fra Vinmonopolet omfattes av denne kategorien. Programkategorien omfatter videre bevilgninger til sentralt og lokalt folkehelsearbeid, herunder oppfølging av St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Kategorien omfatter spesielle driftsutgifter og tilskudd til folkehelsearbeidet, herunder bl.a. miljø og helse, tobakksskadefore-

bygging, ernæringsarbeid, fysisk aktivitet og rusmiddelforebyggende arbeid. Kategorien dekker videre smittevern, herunder hivforebygging. Arbeid med mattrygghet og trygt drikkevann er en del av folkehelsearbeidet, og har viktige grensesnitt til generelt smittevern og ernæringsarbeid.

I St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller legger regjeringen overordnede føringer for folkehelsearbeidet. Det understrekes at rettferdig fordeling er god folkehelsepolitikk og at folkehelsearbeidet innebærer å arbeide for en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen. Utviklingen på innsatsområdene i stortingsmeldingen skal følges opp gjennom etablering av et rapporteringssystem som skal gi systematisk og oppdatert oversikt over utviklingen av arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller. Det skal gis ut en årlig rapport basert på rapporteringssystemet. Den første rapporten legges fram i 2009. Se nærmere omtale i del 3 i denne proposisjonen.

Levevaner knyttet til kosthold, fysisk aktivitet, tobakk, alkohol og ulike miljøfaktorer påvirker helsetilstanden og antall leveår i befolkningen. Flere av disse faktorene varierer langs sosiale skillelinjer. Hensynet til utjevning av sosiale helseforskjeller vil være en sentral føring for folkehelsearbeidet framover. Forebygging av sykdommer relatert til levevaner er blant de store utfordringene.

Det skal arbeides for å bevisstgjøre helsetjenesten og andre aktører på betydningen av planarbeid og samhandling, etablering og koordinering av tiltak som har innvirkning på flere risikofaktorer. I samhandlingsreformen understrekes det at helsetjenesten preges av for liten innsats rettet mot å begrense og forebygge sykdom. Det legges vekt på at kommunene skal sørge for en helhetlig tilnærming forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging på mest effektive omsorgsnivå.

Kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
01	Driftsutgifter	497 866	460 889	468 154
21	Spesielle driftsutgifter	465 574	472 064	709 104
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	16 726	16 766	17 219
	Sum kap. 710	980 166	949 719	1 194 477

Som følge av forslag til ny budsjettstruktur er:
– 18,5 mill. kroner overført til kap. 711 post 01

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

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

Nasjonalt folkehelseinstitutt har følgende hovedmål:
– Helseovervåking: God oversikt over befolkningens helse
– Forskning: Best mulig kunnskap om hva som påvirker befolkningens helse
– Forebygging: God beredskap, råd og tjenester av høy kvalitet

Helseovervåking

Helseregistre er instituttets viktigste kilde til informasjon om befolkningens helsetilstand. Instituttet har derfor iverksatt utviklingsprosjektet Dagens helsetall. Arbeidet har foregått i nært samarbeid

med alle relevante fagmiljøer i landet. Instituttet har etablert delprosjekter for Medisinsk fødselsregister, Dødsårsaksregisteret og Meldesystem for infeksjonssykdommer (MSIS). Et av de viktigste virkemidlene er å etablere elektronisk rapportering av data. Dette er derfor et satsingsområdet i 2010. Opplysningene i flere av registrene er til dels ufullstendige, og mange av registrene ligger flere år på etterskudd i registreringene. Infrastrukturen er umoderne, og feltet har ikke fulgt med i den teknologiske utviklingen. Svakhetene ved f.eks. oppdatering av Dødsårsaksregisteret ble påpekt av Riksrevisjonen ved en kontroll i 2007. Et etterslep på inntil 18 måneder fra dødstidspunkt til data er tilgjengelig for publisering av statistikk og utlevering til andre formål gjør at det ikke er mulig å overvåke dødeligheten i befolkningen løpende.

I 2008 etablerte Helse- og omsorgsdepartementet et forprosjekt for Nasjonalt helseregisterprosjekt for å gjennomgå de nasjonale helseregistrene med sikte på økt utnytting, bedre kvalitet og mer sikker håndtering av data til forskning og helseovervåking. Instituttet er sekretariat for forprosjektet. Forprosjektet omfatter de sentrale helseregistrene og de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene. Styringsgruppen for prosjektet, som ledes av Helse- og omsorgsdepartementet, har representanter fra de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt Kap. 782 post 21 foreslås styrket med 15 mill. kroner til styrking og videreutvikling av de sentrale helseregistrene i tråd med Nasjonalt Helseregisterprosjekt Se nærmere omtale under kap. 782 der også de medisinske kvalitetsregistrene er omtalt.

Rekrutteringen til den store Mor og barnundersøkelsen(MoBa) ble avsluttet i 2008. Instituttet har samlet inn biologisk materiale og en omfattende mengde informasjon om levesett og ulike medisinske, psykiske og sosiale forhold fra nær 107 000 barn, 93 000 mødre og 80 000 fedre. Innsamlingen av data starter allerede mens barnet er i mors liv og følges opp med spørreskjemaer på ulike alderstrinn senere i livet.

Instituttet har etablert et system for regelmessige diagnosebaserte befolkningsundersøkelser (RDB) for å styrke kunnskap om utbredelse og årsaker til psykiske problemer og lidelser. I 2009 er det lagt vekt på å utnytte og analysere informasjon fra eksisterende datakilder. I tillegg er det etablert et samarbeid med Helsedirektoratet om å utvikle nye folkehelseundersøkelser rettet mot psykisk helse. Det er et mål å skaffe oppdatert oversikt over omfanget av alle viktige psykiske lidelser i løpet av 2010.

Instituttet vil kartlegge konsekvenser av psykisk sykdom og hvilke forebyggende tiltak som kan iverksettes for å hindre uheldige utfall som sykefravær, uføretrygding, ulykker, kroppslig sykdom og død. Instituttet samarbeider med amerikanske forskere om å utvikle nye diagnosesystemer for psykiske lidelser.

I 2009 ble det etablert et nytt system for vaksinasjonsovervåking (SYSVAK). Systemet skal gi informasjon om befolkningens beskyttelse mot smittsomme sykdommer og fange opp uønskede hendelser ved vaksinasjon. SYSVAK vil være et viktig verktøy bl.a. i overvåkningen av HPV-vaksinen som innføres i barnevaksinasjonsprogrammet fra og med skoleåret 2009/2010.

Basert på informasjon fra MSIS og instituttets mikrobiologiske analyser oppklarer instituttet hvert år en rekke utbrudd av smittsomme sykdommer. I 2008 ble 22 utbrudd oppklart. Tuberkuloseregisteret ble integrert i MSIS i 2009.

I 2008 har instituttet arbeidet for å øke oppslutningen om system for overvåking av infeksjoner i sykehustjenesten (NOIS). Stadig flere sykehus deltar. Gjennom gode oversikter over forekomst av postoperative sårinfeksjoner, urinveisinfeksjoner og luftveisinfeksjoner kan helseforetakene evaluere og sette inn tiltak mot infeksjoner og antibiotikaresistens. I 2010 er det et mål at også sykehjem skal bli med i NOIS.

Instituttet har etablert et system for overvåking av hepatitt C og av hiv- resistens. Overvåkingssystemet har vist at det er vesentlig flere tilfeller av hepatitt C enn det som tidligere er rapportert. I første kvartal 2008 ble det diagnostisert nær 1000 tilfeller av Hepatitt C. Totalt var det nær 300 diagnostiserte hivtilfeller i 2008. I 2008 ble det etablert et system for overvåking av resistens hos influensavirus som vil være nyttig ved de årlige influensaepidemiene og ved en pandemi. Instituttet deltar i en rekke internasjonale smitteovervåkingsnettverk knyttet til bl.a. ECDC, EU og WHO, og følger utviklingen i våre nærområder i Nordvest Russland nøye gjennom EPiNorth-samarbeidet.

I en undersøkelse av ca. 2400 pasienter innlagt på akuttmottak for skader eller ulykker, ble det gjort funn av alkohol, legemidler eller illegale rusmidler hos omtrent halvparten. Det arbeides videre med kartlegging av de øvrige omstendighetene rundt ulykkene. Fra 2010 er målet å presentere hensiktsmessige oversikter over narkotikarelaterte dødsfall. For å skaffe landsdekkende data om forekomsten av rusmidler hos førere mistenkt for påvirket kjøring, deltar instituttet i et EU prosjekt (Druid) hvor det samles inn 50 000 spyttprøver fra tilfeldig valgte førere i 13 forskjellige land, hvorav nær 10 000 i Norge.

Instituttet har i 2009 utarbeidet en rapport om befolkningens tannhelse og en plan for å overvåke

utviklingen i tannhelsen framover. Se nærmere omtale under programkategori 10.70.

Norge er det eneste landet i Europa som har et matallergiregister. Fra 2008 er det også opprettet et register over bivirkninger av kosmetikk. Registrene som mottok ca. 120 meldinger i 2008, er viktige verktøy for å identifisere matvarer eller matvareingredienser og kosmetiske produkter som forårsaker alvorlige reaksjoner hos forbrukerne. Instituttet vil i 2010 fortsette arbeidet for å få flere til å melde inn allergiske reaksjoner.

Fylkeskommunene er i ny lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet pålagt å ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i fylket og de faktorer som kan virke inn på denne. Det forventes at Nasjonalt folkehelseinstitutt etablerer et faglig samarbeid med fylkeskommunene i dette arbeidet, jf. Ot.prp.nr. 73 (2008-2009) Om lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

Forskning

Instituttet fortsetter å bygge opp forskningskompetansen. Totalt har instituttet produsert nær 400 fagfellevurderte vitenskapelige artikler i 2008. Artiklene omhandler utbredelse av ulike sykdommer, hva de skyldes og hva som kan gjøres for å forebygge dem. I tillegg har virkninger av kjemikalier, forurensninger og kosthold på helsen vært undersøkt. Forskningen spenner fra epidemiologi til eksperimentelle og molekylærbiologiske studier.

Forskningsmiljøet innenfor psykisk helse har et utstrakt forskningssamarbeid både nasjonalt og internasjonalt. Forskningen omfatter alle de viktigste psykiske sykdommene. Det er opprettet egne avdelinger for psykisk helse hos barn og unge, voksne, selvmord, psykosomatikk og helseadferd, og forebygging. I 2010 vil instituttet styrke sin rådgivningsrolle innen psykisk helse ytterligere.

Instituttet driver forskning på de store folkesykdommene og har etablert forskningsgrupper for sykdommer som infeksjonssykdommer, osteoporose, luftveissykdommer, smittsomme sykdommer, utviklingsforstyrrelser hos barn, diabetes type 1, hjerte-karsykdommer, sosiale helseforskjeller, biostatistikk, overvekt og fysisk aktivitet, legemidler, og helse under fødsel og nyfødtperioden.

Den legemiddelepidemiologiske og biofarmakologiske forskningskompetansen er styrket. Instituttet har utviklet en analysemetode for påvisning av rusmidler i spyttprøver som bl.a. gir bedre mulighet for kontroll av alkoholbruk i yrkeslivet. Det er også utviklet en analysemetode for påvisning av rusmidler i hårprøver og mulighet for å avsløre rusmiddelbruk lang tid tilbake.

Forskningen på det miljømedisinske området har bl.a. påvist en effekt på hjertet av ultrafine partikler som forekommer i veitrafikken, og at partikler fra veitrafikk og vedfyring gir tilnærmet samme betennelsesreaksjoner i lungeceller. Det har også vært studert hvordan kjemikalier og forurensning skader arvemateriale og kjønnsceller og fremkaller kreft og betennelse i ulike vev, hvordan kostholdet påvirker svangerskap og fosterets helse, samt hvordan forurensning kan påvirke forekomsten av allergi.

Forebygging og beredskap

Nasjonalt folkehelseinstitutt ivaretar rollen som nasjonalt smitteverninstitutt og har ansvar for overvåkning, rask avdekking og identifikasjon av infeksjoner og smittestoffer, herunder resistens. Instituttet skal ha oversikt over og beredskap mot helsemessige miljøtrusler basert på et solid vitenskapelig fundament og godt tilpasset oppdragsgiverens og brukernes behov.

Ved å distribuere vaksiner og arbeide for høy vaksinasjonsdekning bidrar instituttet til forebygging av smittsomme sykdommer. Instituttet har ansvar for landets beredskapslager for vaksiner til bruk ved forekomst av sjeldne sykdommer. Instituttet har utarbeidet planer for massevaksinasjon i tilfelle pandemi og har et øvet system for håndtering av epidemier og utbrudd av smittsomme sykdommer. Instituttet har ansvaret for å styrke landets mikrobiologiske beredskap, bl.a. gjennom ledelse av nasjonal beredskapskomité som skal utarbeide felles retningslinjer og planer for laboratoriene og kommunikasjon gjennom et lukket nettverk.

På vegne av Mattilsynet gjennomfører instituttet analyser for å bestemme innhold av miljøgifter i matvarer. Gjennom et omfattende «DNA-register» for bakterier identifiserer instituttet bakterier som har vært kilde til utbrudd av matbåren smittsom sykdom.

Matsmittekomiteen, som er etablert for å styrke beredskapen ved nasjonale utbrudd av matbårne infeksjoner, har vært i aktivitet blant annet i forbindelse med et nasjonalt utbrudd av E. coli i 2009. Instituttet samarbeider også med Mattilsynet og Helsedirektoratet om bedre retningslinjer for mattrygghet i helseinstitusjoner, etter sykdomstilfellene på grunn av Listeria ved Rikshospitalet i 2007.

Folkehelseinstituttet og Mattilsynet har felles ansvar for Vannverksregisteret, som innhenter og presenterer opplysninger om behandling av drikkevann og drikkevannskvalitet. Opplysningene gjelder for 97 pst. av befolkningen som får vann fra registreringspliktige vannverk.

Instituttet gir råd til forurensingsmyndighetene og andre forvaltningsmyndigheter og kommunene

om helserisiko og forebygging av helseskader fra forurensning. Som en følge av flere hendelser der befolkningen er blitt utsatt for akutt forurensning, har instituttet under ledelse av Helse-og omsorgsdepartementet deltatt i en utredning om akuttberedskap ved kjemikalieulykker der det er foreslått flere tiltak. Instituttet har samarbeidet med Statens forurensningstilsyn, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og politiet om en mer koordinert og proaktiv holdning til rådgivning overfor lokale helsemyndigheter ved kjemikalieulykker.

Instituttet har effektivisert de rettstoksikologiske analysene. Det er fortsatt behov for å utdanne og rekruttere flere spesialister i klinisk farmakologi for å gi raskere svar i kompliserte saker. Rekruttering og kompetanseutvikling er derfor et satsningsområde. Det forligger individuelle utdanningsplaner for utdanningskandidater i klinisk farmakologi, inkludert planer for de aktuelle kandidater mht hvor resterende hoved- og sideutdannelse skal gjennomføres. Det er fremmet forslag ovenfor Foreningen i Klinisk farmakologi om rotering av tjenestested for assistentleger i Oslo-området slike at de kan bli ferdige med spesialiteten innen kortere tid. For å øke kompetansen innen faget, legges det til rette for at de får delta i et forskningsprosjekt, etter en kortere innføringsperiode i rutineoppgaver.

Rettstoksikologiske analyser er under kontinuerlig effektivisering og kvalitetsforbedring gjennom etablering av nye metoder.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen foreslås

- Satt opp 5,4 mill. kroner til dekning av økt husleie
- Satt opp med 1 mill kroner til rusmiddelkartlegging
- Satt opp 2,7 mill. kroner til dødsstedsundersøkelser

For å bedre samsvaret mellom budsjett og regnskap, foreslås bevilgningen satt opp med 11 mill. kroner mot at bevilgningen over kapittel 3710 post 02 settes opp tilsvarende.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen foreslås satt opp 15 mill kroner til gjennomføring av HPV-vaksinering

Gjennom Stortingets behandling av St.prp. nr 86 (2008-2009) er Nasjonalt folkehelseinstitutt gitt fullmakt til å bestille 9,4 millioner doser pandemivaksine fra GlaxoSmithKline (GSK) innenfor en ramme på 650 mill. kroner. Gjennom avtalen er Norge sikret ukentlige leveranser av vaksinen. Det er forventet at de første dosene med pandemivaksine vil mottas medio oktober 2009. Det legges til grunn at utgiftene til seks ukers leveranse vil forfalle til betaling i 2010. I alle avtaler mellom stater og produsenter om levering av pandemivaksine er det forutsatt, med unntak for hendelser som skyldes ukorrekt fremstilling eller kontroll av vaksinen, at produsentene ikke er ansvarlig for finansiering av eventuelle fremtidige erstatninger knyttet til ukjente skader/bivirkninger fra vaksinene. Norsk pasientskadeerstatning skal som i dag behandle eventuelle saker om erstatning knyttet til de aktuelle vaksinene, og eventuelle skader som følger av bruk av vaksinene blir dekket i tråd med dagens bestemmelser i pasientskadeordingen.

Som ledd i innføringen av HPV-vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet, har instituttet utarbeidet informasjonsmateriell rettet mot jenter, foreldre og helsepersonell. Folkehelseinstituttet vil i samarbeid med Kreftregisteret og referanselaboratoriet ved Ahus iverksette et system for overvåking av vaksinens effekt.

Kap. 3710 Nasjonalt folkehelseinstitutt

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
02	Diverse inntekter	230 048	146 586	162 277
03	Vaksinesalg	113 928	105 300	105 300
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	46		
16	Refusjon av foreldrepenger	4 743		
17	Refusjon lærlinger	175		
18	Refusjon av sykepenger	5 504		
	Sum kap. 3710	354 444	251 886	267 577

Kap. 711 Ernæring og mattrygghet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
01	Driftsutgifter			18 521
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 70*			11 000
70	Tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*			1 000
74	Skolefrukt, *kan overføres*			17 289
	Sum kap. 711			47 810

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er:
- 18,5 mill. kroner under kap. 710 post 01 flyttet til kap. 711. post 01
- 11,0 mill. kroner under kap 719 post 21 flyttet til kap. 711 post 21
- 1,0 mill. kroner under kap. 719 post 79 flyttet til kap. 711 post 70
- 17,2 mill. kroner under kap 719 post 74 flyttet til kap. 711 post 74

Bevilgningen omfatter midler til Vitenskapskomiteen for mattrygghet, oppfølging av Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011), spesielle driftsutgifter til arbeid med mattrygghet og drikkevann. I tillegg omfatter bevilgningen midler til abonnementsordningen Skolefrukt og tilskudd til ernæringsarbeid, herunder tilskudd til den frivillige organisasjonen Ammehjelpen. Omtalen gjelder også kosmetikk og genteknologi. Forslag til bevilgning under kap. 719 Annet folkehelsearbeid inkluderer også midler til ernæringsarbeid.

Når det gjelder Mattilsynets bevilgning, er denne omtalt i programkategori 15.10 og kap. 1115 i Prop. 1 S (2009–2010) for Landbruks- og matdepartementet.

Post 01 Driftsutgifter – lønn og godtgjørelse

Formålet med bevilgningen er å finansiere driften av Vitenskapskomiteen for mattrygghet.

Vitenskapskomiteen for mattrygghet

Vitenskapskomiteen for mattrygghet (VKM) er en uavhengig, faglig komité med formål å sikre vitenskapelige risikovurderinger for Mattilsynet av forhold med betydning for helsemessig trygghet i hele matkjeden. Komiteen utfører i tillegg vitenskapelige risikovurderinger på områdene kosmetikk, dyrehelse, dyrevelferd og plantehelse. Komiteen har også ansvar for miljørisikovurderinger av genmodifiserte organismer (GMO), som de utfører på oppdrag fra Direktoratet for naturforvaltning. Sekretariatet er lokalisert ved Nasjonalt folkehelseinstitutt, og har 14 ansatte.

I alt ble 60 uttalelser/risikovurderinger publisert i 2008. Saker som kan nevnes er risiko forbundet med bisfenol A, som blant annet brukes i tåteflasker, og første del av risikovurdering av planteskadegjøreren furuvednematode. Bruk av probiotika til sykehuspasienter og sensibilisering

forårsaket av eksponering av kosmetiske produkter er avsluttet tidlig i 2009. En stor tredelt oppgave vedrørende marine oljer og risiko og nytte knyttet til omega-3 og omega-6 fettsyrer i marine oljer ble påbegynt i 2008 og vil kreve mye ressurser fram til våren 2010.

VKM har som mål å ha høy faglig kompetanse og å delta aktivt i internasjonalt arbeid for å medvirke til utviklingen av risikovurderinger. Mange av VKMs saker har fått internasjonal oppmerksomhet, blant annet gjelder dette prinsippene for risikovurdering av kombinerte effekter for flere kjemiske forbindelser samtidig, og flere risikovurderinger knyttet til dyrevelferd.

Deltakelse i EFSA (European Food Safety Authority) og andre internasjonale kompetansehevende fora er høyt prioritert, jf. kap. 703. Direktøren for VKMs sekretariat deltar i EFSA Advisory Forum. Det pågår arbeid med å videreutvikle VKM som norsk fokuspunkt for å ivareta utveksling av informasjon og data med EFSA. I juni 2008 var Norge vertsland for møte i EFSA Advisory Forum.

Planleggingen og forutsigbarheten av aktiviteten i VKM er bedret i samarbeid med Mattilsynet. Nærmere kontakt med kunnskapsinstitusjonene på matområdet vil videreføres i 2010 i samarbeid med Mattilsynet. Det er blant annet behov for å få bedre oversikt over forekomstdata slik at VKMs behov for eksponeringsberegninger kan forbedres. Det arbeides for å styrke kompetansen på dette området. Det arbeides også med faglige og administrative kvalitetssikringssystemer.

Våren 2010 skal det utnevnes nye medlemmer til VKM. Innen den tid vil VKMs vedtekter bli vurdert opp imot behovet for nye eller endrede oppgaver.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Formålet med bevilgningen er oppfølging av Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011) og arbeid med mattrygghet og drikkevann.

Handlingsplan for bedre kosthold

Kostholdet påvirker helsen gjennom hele livet, og har sammenheng med utviklingen av overvekt og folkesykdommer som type 2-diabetes, enkelte kreftformer og hjerte- og karsykdommer. Hovedføringene for arbeidet innen ernæring ligger i Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) Oppskrift for et sunnere kosthold, som 12 departementer står bak. Tiltakene skal bidra til å gjøre sunn mat lettere tilgjengelig og enklere å velge, styrke kompetanse hos forbrukere og nøkkelgrupper og gi bedre kunnskap om status for kostholdet. Evalueringsarbeid skal planlegges i 2009/2010 med sikte på en endelig evalueringsrapport i 2012. Helsedirektoratet har sekretariatsansvaret for oppfølging av handlingsplanen.

Overvåking og dokumentasjon

Helsedirektoratet samarbeider med Mattilsynet om et felles system for mat- og kostholdsovervåking. Dataene brukes både til utforming og evaluering av ernæringspolitikken og til risikovurderinger som utføres av Vitenskapskomiteen for mattrygghet. Som oppfølging av Nordisk handlingsplan for bedre helse og livskvalitet gjennom kosthold og fysisk aktivitet fra 2006, skal det gjennomføres felles nordiske overvåkingstiltak. Oppfølgingen av EUs barnematdirektiv i Norge gjør det fortsatt nødvendig å følge utviklingen av kostholdet til sped- og småbarn. I 2006/2007 ble det gjennomført landsomfattende undersøkelser av kostholdet til 6, 12 og 24 måneder gamle barn. Resultatene viser bedring i kostholdet i løpet av de siste 10 år. Særlig positivt er det at langt flere ammes i hele første leveår, og at det har vært en stor reduksjon i inntak av sukker og søte drikker. Når det gjelder de 24 måneder gamle barna er det nå slik at 84 pst. har et inntak av sukker i tråd med anbefalingene mot 45 pst. i 1999. Dette skyldes i stor grad en nedgang i søt drikke, fra 1,9 dl til 0,6 dl daglig.

En ny nasjonal kostholdsundersøkelse blant voksne (NORKOST) gjennomføres i 2009–2010.

Et sunt marked

Den årlige dialogarenaen med matvarebransje, forbrukere og forskere som ble etablert i 2007, er videreført med oppmerksomhet mot temaer som pris, produkttilbud, tilgjengelighet av sunne produkter, markedsføring og merking. I perioden 2008-2009 er det gitt støtte til en kartlegging i regi av Statens institutt for forbruksforskning (SIFO) innen hurtigmatmarkedet. Kartleggingen viste at hurtigmatmarkedet har økt de senere år og domineres av produkter som pølser, hamburgere, pommes frites og lignende. Sunnere alternativer etterspørres og det har til en viss grad blitt bedre tilbud av dette, men det er fremdeles lite tilgjengelig og til relativt høye priser. Menn og de med kortest utdanning benytter oftere hurtigmatspisesteder enn andre. 6 av 10 mente dårlig tilgang på sunn mat var viktig årsak til økt forekomst av overvekt og fedme. Mange var positive til å bruke pris som virkemiddel for å vri forbruket i positiv retning. Tiltak vil bli vurdert med bakgrunn i resultatene.

Et frivillig nøkkelhullsmerke som sunnhetsmerkeordning på matvarer er lansert i 2009. Ordningen er forskriftsfestet som en felles ordning i Norge, Sverige og Danmark. Informasjonstiltakene knyttet til implementeringen av sunnhetsmerkeordningen skal videreføres i 2010. Effekten av ordningen skal evalueres etter hvert som man får erfaringer med den.

Helsemyndighetene lanserer i 2009/2010 utdypende, konkrete kostråd som ledd i arbeidet med å nå ut med kostholdsinformasjon til hele befolkningen.

Det arbeides for å få bedre næringsdeklarasjon på matvarer i forbindelse med utviklingen av nytt regelverk for merking av matvarer i EU, jf. kap. 703. Utviklingen på markedsføringsområdet, med bakgrunn i bransjens egne retningslinjer for markedsføring av mat og drikkevarer rettet mot barn, følges nøye. Resultatene skal vurderes i begynnelsen av 2010 som grunnlag for eventuelle tiltak fra myndighetene side. Norge leder et europeisk nettverk som arbeider for å få på plass internasjonale retningslinjer for å redusere markedsføring av usunn mat og drikke overfor barn og unge. Arbeidet er et samarbeid med Verdens helseorganisasjon (WHO).

Fra 1.1.2009 ble avgiften for alkoholfrie drikkevarer økt med i overkant av 60 pst. ut over normal prisjustering. Hensikten er å øke prisforskjellen mellom sukret/søtet drikke og usøtede drikkevarer som flaskevann, juice med mer. Det skal arbeides videre med økonomiske virkemidler for å fremme sunt kosthold. Det anses som overveiende sannsynlig at det nye regelverket for merking i EU, matinformasjonsforordningen, vil inneholde krav til merking av totalt sukkerinnhold. Helse- og omsorgsdepartementet og Finansdepartementet vil i løpet av 2010 igangsette en vurdering av om nye regler om merking av totalt sukkerinnhold kan danne grunnlag for en ny gradert sukkeravgift.

Ernæringsarbeid i kommunene

Ulike modeller for ernæringsarbeid i kommunene er under utprøving. Hensikten er å styrke det lokale arbeidet og å gi bedre tilbud til befolkningen. Modellene skal videreføres og evalueres i 2010-2011 med sikte på å finne fram til en god forankring av ernæringsarbeidet i kommunene.

Videre arbeid må ses i sammenheng med satsingen på å styrke det forebyggende arbeidet i helsetjenesten i kommunene og St.meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen, der ernæring er et av fagområdene det er behov for å sikre kompetanse på.

Det skal arbeides med å utvikle gode indikatorer på ernæringsområdet for at kommunene skal kunne vurdere måloppnåelse. Indikatorene bør kunne inkluderes i kommunehelseprofiler.

Det er igangsatt arbeid for å inkludere ernæring i tiltak overfor grupper som i perioder er utenfor arbeidslivet, som personer på attføring og langtidssykmeldte. Kursopplegget «Bra mat» tilbys i flere kommuner etter kurslederkurs på sentralt og fylkesnivå. Arbeidet vil bli videreført i 2010. Se også omtale av lavterskeltilbud under kap. 719 Annet folkehelsearbeid.

Ernæring i helsetjenesten

Helseforetakene er i 2008 og 2009 bedt om å ivareta intensjonen i handlingsplanen for bedre kosthold i befolkningen og at fokus på ernæring skal inngå i det samlede tilbud i spesialisthelsetjenesten. Personell med autorisert ernæringskompetanse er i all hovedsak å finne i spesialisthelsetjenesten og tjenesten har derfor en viktig veilederrolle overfor kommunene på dette området. I tråd med stortingsmeldingen om samhandlingsrefomen må kommunene støttes i arbeidet for å sikre kompetanse på dette fagområdet, både i forhold til allmennlegetjenesten, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, pleie- og omsorgstjenesten og lavterskeltilbud.

Framtidig behov for ernæringsfaglig personell og kompetanse i helse- og omsorgstjenesten skal utredes, herunder vurdering av utdanningskapasitet innen ernæringsfaget. Dette vil være viktig informasjon i arbeidet med den nye helsereformen, herunder styrking av det forebyggende arbeidet i kommunene.

En viktig del av arbeidet med å styrke ernæring i helsetjenesten er utarbeidelse, revisjon og implementering av faglige retningslinjer:

- Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernærte pasienter og pasienter i ernæringsmessig risiko er ferdigstilt og implementeres i 2009/2010.
- Faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er sendt på høring sommeren 2009 med høringsfrist høsten 2009.
- Faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten – Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme har vært på høring og er under ferdigstillelse.

Kartleggingen av mat- og måltidstilbudet i sykehjem fra 2008 følges opp med blant annet en brukerundersøkelse i 2009. Arbeidet med en veileder for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten, som skal erstatte «Retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner», er igangsatt. Denne veilederen er

planlagt ferdigstilt i 2010. Mattrygghet og matomsorg skal vektlegges i større grad. Det vises til omtale i kap. 761 post 60, der det foreslås økt satsing på ernæringskompetanse.

Tiltak overfor voksne i og utenfor arbeidslivet

Ulike modeller for kompetanseheving i kosthold og ernæring relatert til arbeidsliv er under utprøving. Tiltakene har forankring i høgskoler, attføringsbedrifter, privat sektor, frisklivssentraler og frivillige organisasjoner. Fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt er innlemmet i kompetanseplan og kvalifiseringsprogrammet for NAV. Ny forskrift fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet om arbeidsrettede tiltak (gjeldende fra 1.1.2009) åpner for å gi livsstilsveiledning som en del av arbeidsrettet rehabilitering.

Det tverrfaglige Kompetanseprogrammet Helsefremmende arbeidsplasser (2008-09) viser lovende resultater og har vært organisert som et partnerskap i 7 fylker. Se nærmere omtale under kap. 719 post 73.

Tiltak overfor barn og unge

Følgende tiltak er satt i verk og vil bli fulgt opp:

- Gratis utdeling av vitamin D-dråper til spedbarn med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn ble landsomfattende tilbud våren 2009.
- Kurs for etablering av ammekyndige helsestasjoner er gjennomført i alle fylker i regi av Nasjonalt kompetansesenter for amming i samarbeid med Helsedirektoratet og Landsgruppen av helsesøstre. Prosjektet vil bli evaluert.
- Helsedirektoratet har utgitt en brosjyre om ernæring, fysisk aktivitet, tobakk og rus i svangerskapet.
- Tiltak for å bedre mat- og måltidstilbudet i barnehager, herunder videreføring av samarbeidsprosjektet «Fiskesprell», er gjennomført. «Fiskesprell» skal introduseres i Mat og helsefaget på barnetrinnet i tillegg til ungdomstrinnet. «Fiskesprell» spres gjennom Partnerskap for folkehelse og har i 2008 og 2009 nådd fram til over 500 barnehager gjennom materiell og kurs for barnehageansatte.
- «Kokebok for alle» er revidert og gis som før gratis til alle ungdomsskoleelever i Mat- og helsefaget.

Kommunene skal oppfordres til å sikre ressurser til Mat- og helsefaget og kompetanse hos lærere som underviser i faget. En enkel kartlegging av mat- og drikketilbudet i videregående skoler våren 2008 viste at 9 av 10 skoler har kantine/tilbud om matservering. 8 av 10 skoler har vannkjølere. 95 pst. tilbyr drikke: 80 pst. i form av melk og juice og 35 pst. som brus med sukker. 82 pst. tilbyr frukt, 70 pst. tilbyr salat og 30 pst. tilbyr sjokolade. Sammen med resultater fra prosjektet Fysisk aktivitet og måltider i skolen, samt Kunnskapsdepartementets forsøk med måltid i utvidet skoledag, gir kartleggingen nyttig informasjon som grunnlag for tiltak på kommune og fylkesnivå. Det vises også til omtale under post 74 og kap 719 post 60 og 73.

Fysisk aktivitet og måltider i skolen

Det treårige samarbeidsprosjektet mellom helse- og utdanningsmyndighetene Fysisk aktivitet og måltider i skolen ble avsluttet i 2007. Om lag 400 skoler fra hele landet har deltatt. Det er laget en veileder til bruk for skolene, avholdt erfaringskonferanser og etablert modellskoler i alle fylker. Prosjektet er evaluert av HEMIL-senteret. Del 2 av evalueringen viste bl.a. at det er noe reduksjon i andel skoler som tilbyr tilstrekkelig spisetid (minimum 20 minutter) etter prosjektperioden. Det viser behovet for å ha jevnlig fokus på dette. Evalueringen viser videre at det er vanskelig for skolene å få til en time daglig fysisk aktivitet innenfor rammen av skoledagen, og den peker også på behovet for kvalifisert personell og kompetansehevingstiltak.

Kunnskapsdepartementet gjennomførte forsøk med utvidet skoledag skoleåret 2007-2008. 34 skoler i 11 kommuner deltok, der målgruppen var elever fra 1.- 4. trinn i grunnskolen. Fysisk aktivitet, måltid, leksehjelp og fag var blant elementene som ble prøvd ut. Sintef evaluerte prosjektet på vegne av Utdanningsdirektoratet, og evalueringen ble lagt fram høsten 2008.

Sluttrapporten fra skolene viser at prosjektet har gitt rom for nye erfaringer med bruk av varierte undervisnings- og aktivitetsformer. Satsingen på fysisk aktivitet som en metode for å nå kompetansemålene i ulike fag vil kunne videreføres. Skolemåltidordningene var mest ressurskrevende i oppstarten med hensyn til organisering, men ikke så krevende når ordningen var innarbeidet.

Flere skoler hevder de er blitt mer bevisst på å tenke helhetlig rundt elevenes skolehverdag der fysisk aktivitet og måltider inkluderes. Rapporten viser at skoler som klarer å utnytte SFO-potensialet, gir lærerne økt mulighet til å konsentrere seg om elevene i undervisningssituasjonen.

Sintef peker på prosjektets korte varighet som en hindring for å kunne se effekten av utvidet skoledag som redskap for sosial utjevning.

Kunnskapsdepartementet har i 2009 iverksatt nye modellforsøk om videreutvikling av helhetlig

skoledag og utvikling av ulike modeller for god sammenheng mellom skole og SFO. Måltider inngår som en del av forsøket og helsemyndighetenes retningslinjer for skolemåltidet ligger til grunn.

Mattrygghet

Det faglige ansvaret for matloven og for Mattilsynets forvaltningsområde er delt mellom Fiskeri- og kystdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Landbruks- og matdepartementet. For nærmere omtale vises det til Programkategori 15.10 og kap. 1115 i Prop. 1 S (2009-2010) Landbruks- og matdepartementet.

Norge har en gunstig situasjon sammenlignet med andre land når det gjelder smittestoffer i mat. Antallet meldte tilfeller av de vanligste meldepliktige sykdommene som blir overført gjennom mat eller vann, og der årsaken er kjent, er relativt stabilt. Det er fortsatt relativt få meldte tilfeller av smitte med salmonellabakterier. Rundt 80 pst. av de som får diagnosen salmonellose, er smittet i utlandet. Våren og sommeren 2009 var det et nytt nasjonalt utbrudd av sykdom på grunn av en farlig variant av *E. coli*.

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

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

Det er etablert en permanent innsatsgruppe (Matsmittekomiteen) for oppklaring av matbårne utbrudd av smittsomme sykdommer med fagkompetanse fra berørte etater og forskningsmiljøer. Matsmittekomiteen ledes av Nasjonalt folkehelseinstitutt, og har vært i aktivitet blant annet i forbindelse med et nasjonalt utbrudd av sykdom på grunn av *E. coli* i 2009.

Det kreves kontinuerlig innsats fra virksomhetene og fra Mattilsynet for å opprettholde og sikre god hygiene i matproduksjonskjeden. I 2008 og 2009 er tilsynet med produksjon og omsetning av mat i serveringsnæringen styrket. Mattilsynet har gjennomført et pilotprosjekt med innføring av en smilefjesordning for å gjøre opplysninger om den hygieniske standarden i serveringsvirksomheter lett synlige for forbrukerne. Erfaringene vil bli lagt til grunn for videre arbeid med en slik tilsynsordning.

Mattilsynet er i gang med å trappe opp arbeidet med tilsyn av vannverk. Tilsyn med sikte på å avdekke alvorlige hygieniske mangler ble gjennomført hos alle de godkjenningspliktige vannverkene i 2008. I samme periode ble det også gjennomført tilsyn med et representativt utvalg av vannverk som ikke er godkjenningspliktige. Økt innsats fra Mattilsynet er ikke nok. For å få til resultater som monner, er det også behov for betydelige investeringer for å forbedre infrastrukturen, for eksempel nye renseanlegg og ledningsnett.

Mattilsynet gjennomførte i 2008 en tilsynskampanje om kosttilskudd og helsekost som viste at det er behov for mer systematisk kontroll av disse produktene. Det skal gjennomføres en områdeanalyse for kosttilskudd og helsekost i 2010. Formålet er å identifisere de viktigste forvaltningsmessige utfordringene i forhold til disse produktgruppene, og å få et grunnlag for videre planlegging av tilsynsaktiviteter. Departementet vil i samarbeid med Mattilsynet legge til rette for en mest mulig hensiktsmessig virkemiddelbruk, slik at tilsynet med kosttilskudd og helsekost i best mulig grad ivaretar forbrukernes sikkerhet.

Merking av mat får mye oppmerksomhet fra forbrukerne, matbransjen og myndighetene. Merking er viktig for å sikre redelig omsetning, for å gi forbrukerne riktig informasjon og for at de lettere kan velge sunn mat. Arbeidet med forbedret merking av mat har vært sentralt i de senere årene, bl.a. i forbindelse med EUs utvikling av en ny matinformasjonsforordning, som vil erstatte det gjeldende merkedirektivet og næringsdeklarasjonsdirektivet. For å fremme norske synspunkter på matinformasjonsforordningen, ble det utarbeidet en EFTA-posisjon høsten 2008. EFTA-posisjonen ble presentert i møter med Europakommisjonen, med utvalgte interesseorganisasjoner og våren 2009 også for en arbeidsgruppe under Rådet for den europeiske union. Arbeidet vil fortsette i 2010. Det har også vært lagt vekt på medvirkning i arbeidet med forordningen om ernærings- og helsepåstander som pågår i EU. Særlig har det vært fokusert på å etablere best mulig ernæringsprofiler. Helse- og omsorgsministeren skrev brev om dette til Kommisjonen i august 2009.

I 2009 er Nøkkelhullet innført som en felles, frivillig sunnhetsmerkeordning for matvarer i Norge, Sverige og Danmark. Mattilsynet og Helsedirekto-

ratet skal sikre forsvarlig gjennomføring med god informasjon til brukere og forbrukere. Ordningen skal evalueres etter hvert som man får erfaringer med den. Mattilsynet har ansvar for tilsyn med ordningen.

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

Kosmetikk

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

Departementet vil følge opp Mattilsynets arbeid etter lov 21. desember 2005 nr. 126 om kosmetikk og kroppspleieprodukt m.m. (kosmetikklova) med tilhørende forskrifter. I 2008 ble det utarbeidet to nye forskrifter. Forskrift av 3. november 2008 nr. 1189 for produksjon, import og omsetning mv. av tatoveringsprodukter og andre produkter til injisering i huden i kosmetisk hensikt, regulerer produktgrupper som ikke tidligere har vært forskriftsregulert. Den andre nye forskriften er Forskrift av 27. februar 2008 nr. 219 om meldeplikt for helsepersonell ved mistanke om bivirkninger av kosmetikk og kroppspleieprodukter. Som oppfølging av denne forskriften, har Mattilsynet i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt, etablert et nasjonalt register over bivirkninger ved kosmetiske produkter. Registeret er et sentralt virkemiddel for Mattilsynets tilsyn med kosmetikk i Norge. Det skal gjøre det enklere for forvaltningen å følge opp meldinger om bivirkninger på en systematisk måte. Etter avtale med Mattilsynet står Nasjonalt folkehelseinstitutt for daglig drift av registeret, som ble satt i drift i juni 2008.

For øvrig arbeider Mattilsynet kontinuerlig med oppfølging av norske EØS-rettslige forpliktelser på kosmetikkområdet gjennom generell forskrift 26. oktober 1995 nr. 871 for produksjon, import og frambud mv av kosmetikk og kroppspleieprodukter.

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

Post 70 Tilskudd

Formålet med bevilgningen er å gi tilskudd til arbeid med ernæring og mattrygghet, herunder tilskudd til den frivillige organisasjonen Ammehjelpen.

Post 74 Skolefrukt

Formålet med bevilgningen er å øke inntaket av frukt og grønnsaker i hele befolkningen, og spesielt blant barn og unge. Den subsidierte, landsomfattende abonnementsordningen Skolefrukt er et tiltak for å øke tilgjengelighet og forbruk blant barn og unge og på den måten etablere gode matvaner tidlig. Ordningen administreres av Opplysningskontoret for frukt og grønnsaker (OFG) på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Gratisordningen for skoler med ungdomstrinn ble lovfestet fra høsten 2008 gjennom endring i opplæringsloven og privatskoleloven. Dette gratistilbudet organiseres av den enkelte skoleeier og omfatter ved full oppslutning 46 pst. av elevene i grunnskolen, jf. Prop. 1 S (2009-2010) Kunnskapsdepartementet. Gratis frukt og grønt for alle elever er et viktig virkemiddel for bedre folkehelse og sosial utjevning.

Abonnementsordningen videreføres på rene barneskoler parallelt med kommunenes gratisordning for skoler med ungdomstrinn. Våren 2009 deltok 54 pst. av alle 1–7-skoler i den ordinære skolefruktabonnementsordningen. Av elevene på skoler med betaling av foresatte, som utgjør ca 85 pst. av disse skolene, var 29 pst. abonnenter. Det er en utfordring at undersøkelser har vist at abonnementsordningen kan bidra til å forsterke sosiale forskjeller i kostvaner blant barna, siden mange av abonnentene allerede spiser sunnere enn ikkeabonnenter. Dette bidrar også til tregere økning i abonnementstallet enn ønskelig.

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

Kap. 712 Bioteknologinemnda

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
01	Driftsutgifter	7 829	8 021	8 117
	Sum kap. 712	7 829	8 021	8 117

Bioteknologinemnda er et frittstående og rådgivende organ, oppnevnt i henhold til bioteknologiloven og genteknologiloven. Nemnda drøfter etiske og samfunnsmessige spørsmål knyttet til bioteknologisk og genteknologisk virksomhet, informerer publikum, bidrar til samfunnsmessig bevisstgjøring og gir råd om bio- og genteknologi til norske myndigheter. Nemnda er oppnevnt for perioden 1. august 2008 til 1. august 2012. Nemnda avholder åpne møter, avgir uttalelser, og arrangerer kurs for lærere og for ungdom. Det er stor etterspørsel fra skoleelever og lærere etter nemndas informasjonsmateriell.

Kap. 715 Statens strålevern

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
01	Driftsutgifter	72 229	66 825	70 710
21	Spesielle driftsutgifter	32 006	39 902	41 179
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	4 115		
	Sum kap. 715	108 350	106 727	111 889

Statens strålevern er fagmyndighet på området strålevern og atomsikkerhet. Strålevernet ivaretar befolkningens helse, bl.a. ved tilsyn med all bruk av strålekilder i medisin, industri og forskning, og med de to forskningsreaktorene i Norge. Videre overvåker Statens strålevern naturlig og kunstig stråling i miljø og yrkesliv. Den nasjonale atomberedskapen ledes av Strålevernet, som også innehar sekretariat og operasjonslokaler. Strålevernet har til oppgave å øke kunnskap om forekomst, risiko og effekt av stråling, herunder helseeffekter av stråling.

Godt strålevern

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

Informasjonsmateriell om forvaltning av kraftledninger utvikles i samarbeid med Norges vassdrags- og energidirektorat. Det er etter hvert en rekke gode eksempler på at ny forvaltningspraksis med utredningsplikt over et visst magnetfeltnivå, er implementert hos beslutningstakere. Det er økende behov i befolkningen for tilrettelagt informasjon om strålerisiko bl.a. fra høyspentanlegg, basestasjoner og trådløse nettverk. Det vil i 2009 bli satt ned en tverrsektoriell ekspertgruppe som vil få som mandat å gjennomgå og gi en oppdatering av kunnskapsstatus for eksponering for svake høyfrekvente felt og å foreslå en forvaltningspraksis for plassering av mobilmaster, basestasjoner, trådløse nettverk m.m.

God beskyttelse fra stråling i miljøet

Radon i inneluft forårsaker anslagsvis 300 lungekreftdødsfall i året og er etter aktiv røyking den

hyppigste årsaken til lungekreft i Norge. En undersøkelse i 2007 av kommunenes innsats viste at få kommuner prioriterer radonarbeidet tilstrekkelig. En interdepartemental arbeidsgruppe sluttførte våren 2009 sitt arbeid med et forslag til en omfattende handlingsplan for å redusere radonproblemet. Arbeidsgruppens forslag ligger til grunn for Strategi for å redusere radoneksponering i Norge som ble utgitt i 2009. Den nasjonale strategien skal gjennomføres i femårsperioden 2009-2014. Statens strålevern skal opprette en koordineringsgruppe som skal følge opp strategien.

Strålevernet bidrar i oppfølgingen (målinger/mottiltak/konsekvenser) etter radioaktiv forurensning av bl.a. kjøtt og melk i Norge etter reaktorulykken i Tsjernobyl i 1986. Dette innebærer også kompetanseoppbygging blant annet innen strålevern og målemetoder. Det er viktig å ha tilstrekkelig målekapasitet og nødvendig kompetanse også mht en ny hendelse.

Strålevernet er fagmyndighet for Miljøverndepartementet i saker om radioaktiv forurensning i det ytre miljø, og mottar midler over Miljøverndepartementets budsjett. På miljøområdet vektlegges regelverksutvikling og forvaltning av utslipp, tilsyn og kontroll, overvåkningsprogrammer og arbeidet med forvaltningsplaner for havområdene. Det er et mål å harmonisere forvaltningen av radioaktive stoffer og radioaktivt avfall i det ytre miljø med forvaltningen av annen miljøforurensning. Naturlig radioaktivitet i slagg etter gruvevirksomhet, i produsert vann og avleiringer i oljeindustrien og i prosessindustri kartlegges. Strålevernet deltar i faglige, internasjonale fora vedrørende radioaktivitet, strålevern og beredskap. Samarbeidet gjelder spesielt Verdens helseorganisasjon (WHO), OECD, EU og Det internasjonale atomenergibyrået (IAEA).

Strålevernet bistår Utenriksdepartementet i realiseringen av handlingsplanen for atomsikkerhet i Nordvest-Russland. Strålevernet samarbeider i tillegg direkte med russiske myndigheter og har inngått samarbeidsavtaler med fire ulike russiske myndigheter, herunder Forsvarsdepartementet og helsemyndigheten FMBA. Prosjekter for å hindre forurensning og ulykker ved atomanlegg og avfallslagre har høyeste prioritet. Innenfor det norsk-russiske samarbeidet om miljøovervåking har Strålevernet inngått en avtale med russiske myndigheter om innsamling og måling av prøver i nordlige havområder. Strålevernet har implementert nordiske kriterier for varsling og informasjonsutveksling ved atomhendelser. Strålevernet er også engasjert i oppfølging av Tsjernobylulykken øst i Hvitesrussland og bistår Utenriksdepartementet i arbeidet med ikke-spredningsregimet fram mot FN-møtet om ikke-spredningsavtalen i 2010.

God atomberedskap

Beredskapsarbeidet følges opp med trusselvurderinger, fornyelse av overvåkningsutstyr, øvelser (sentralt og for fylkesmennene) og håndtering av hendelser. Nært samarbeid på direktoratsnivå er sikret gjennom Kriseutvalget for atomberedskap. Strålevernet har implementert nordiske kriterier for varsling og informasjonsutveksling ved atomhendelser. Beredskapsplanen for Kriseutvalget for atomberedskap er gjort tilgjengelig i beredskapsorganisasjonens kommunikasjonssystem. Overfor fylkesmennene gjennomfører Strålevernet kompetanseheving og har samarbeidet med DSB om øvelser. Strålevernet arrangerte i november 2008 en samhandlingsøvelse med atomscenario for ledelse og beredskapsansvarlige i helsesektoren. I øvelsen deltok også departementer med sektoransvar innen atomberedskap og Regjeringens kriseråd. En ny nasjonal øvelse på atomområdet planlegges i nært samarbeid med DSB for høsten 2010.

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

Strålevernet intensiverer tilsynet med atomanleggene i Norge som fikk Regjeringens konsesjon for fortsatt drift i løpet av 2008. Planleggingen av fremtidig nedlegging og opprydding pågår. Strålevernet har observatørstatus i utvalget som utreder langtidslagring av brukt atombrensel fra reaktorene.

Post 01 Driftsutgifter

Helse- og omsorgsdepartementet har ved kongelig resolusjon av 19. mai 2000 fått delegert myndighet til å innføre og fastsette tilsynsavgift og behandlingsgebyr for behandling av konsesjonssøknad etter lov av 12. mai 1972 nr. 28 om atomenergivirksomhet (atomenergiloven) § 57. Arbeidet med fornyet konsesjon for Institutt for energiteknikk (IFE) ble avsluttet i 2008. Statens strålevern har foreslått flere vilkår som sammen med lovverket skal sikre ivaretakelsen av sikkerhetshensynet ved anleggene i konsesjonsperioden. Vilkårene gjelder bl.a. forsterket tilsyn av IFEs anlegg. Atomreaktoren i Halden er 50 år og det har tidligere vært reist spørsmål knyttet til reaktortankens tilstand. IAEA

anbefalte i sin rapport i 2007 at den tekniske tilstanden til kritiske installasjoner ved Haldenreaktoren bør være gjennomgått i løpet av 6 år, mot tidligere 9 år.

For å ivareta behovet for forsterket tilsyn, foreslås tilsynsavgiften videreført med en helårseffekt på 3,1 mill. kroner mot tilsvarende økning i inntekt på kap. 3715, post 5.

Kap. 3715 Statens strålevern

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
02	Diverse inntekter	5 935	1 818	39 276
05	Oppdragsinntekter	31 042	40 117	7 101
16	Refusjon av foreldrepenger	1 584		
18	Refusjon av sykepenger	439		
	Sum kap. 3715	39 000	41 935	46 377

37,4 mill. kroner under kap. 3715 post 05 er flyttet til kap. 3715 post 02.

Kap. 716 Statens institutt for rusmiddelforskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
01	Driftsutgifter	36 944	36 514	35 950
	Sum kap. 716	36 944	36 514	35 950

Statens institutt for rusmiddelforskning (Sirus) har som hovedmålsetninger å ha en god oversikt over rusmiddelsituasjonen i Norge, samt gjøre forskningsbasert kunnskap tilgjengelig og anvendbar for offentlig forvaltning og publikum. Sirus skal utføre forskning som kan bidra til økt kunnskap om bruk og misbruk av rusmidler, tobakk og andre avhengighetsskapende aktiviteter, med særlig vekt på samfunnsvitenskapelige problemstillinger. Instituttet skal kartlegge sosiale og helsemessige skadevirkninger av bruk av rusmidler, årsakene til problemene og hvordan de skal kunne løses eller reduseres gjennom offentlig og privat innsats. Instituttet forsker også på pengespillproblemer. Instituttet skal ha forskning som sin primæraktivitet, men dokumentasjon, formidling og faktainformasjon er også viktige oppgaver for instituttet.

Instituttet er nasjonalt kontaktpunkt for Norges deltakelse i EUs narkotikaovervåkingssenter (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA), og samordner den norske rapporteringen om narkotikasituasjonen til FNs arbeid mot narkotika og kriminalitet (United Nations Office on Drug og Crime, UNODC).

Instituttet skal i 2010 videreutvikle nettverkssamarbeidet med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål og med forskningsinstitusjoner i inn- og utland. Instituttet skal også samarbeide med relevante universitets-, høyskole-, og andre fagmiljøer, spesielt Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) ved Universitetet i Oslo.

Statistikkdatabasen RusStat gir tilgang til aktuell rusmiddelstatistikk og mulighet for å søke etter og bearbeide data. I 2010 skal instituttet fortsette arbeidet med å utvikle alkoholstatistikken, herunder indikatorsystemet for å vise utviklingen i det uregistrerte alkoholforbruket.

Instituttet arbeider med forskningsbasert kunnskap om forebyggingsstrategier, bl.a. studeres kommunenes forebyggende arbeid på rusmiddelfeltet, rammebetingelser og kommunenes forvaltning av de rusmiddelpolitiske virkemidlene de har til rådighet. Her inngår også å gjøre fors-

kningsbasert kunnskap på forebyggingsområdet anvendbar for tjenestene og forvaltningen.

Prosjektet knyttet til effekten av statlige tobakkspreventive tiltak ble sluttført i 2008. Instituttet skal i 2010 fortsette nasjonal og internasjonal formidling av resultater fra evalueringen. Instituttet skal også drive forskning som belyser den økte bruken av snus.

Det er i gang en 10-års oppfølging av narkotikamisbrukere som ble tatt inn i behandling i 1998/99 i den såkalte kost/nytte-studien, som tar sikte på å finne ut om noen typer behandling av narkotikaavhengighet, er mer kostnadseffektive enn andre.

Arbeidet for å belyse narkotikamarkedet, herunder narkotikapriser, finansiering og omfang av bruk av rusmidler blant sprøytemisbrukere i Oslo, fortsetter i 2010. I tillegg skal instituttet fortsette forskningen om rusmiddelbruk blant innvandrere. Også forskning og dokumentasjon knyttet til rusmiddelrelaterte problemer i arbeidslivet, bl.a. fravær som skyldes bruk av rusmidler, skal prioriteres.

Instituttet skal fortsette forskning på konsekvensene av rusmiddelbruk for andre personer enn misbrukeren selv, herunder pårørende. Videre skal instituttet prioritere problemstillinger knyttet til tjenesteforskning.

Instituttet bistår departementet i oppfølgingen av Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen foreslås
- satt ned med 2 mill. kroner som overføres til kap. 718, post 21 på grunn av at ansvaret for tilskuddet til drift av nettsiden www.forebygging.no overføres til Helsedirektoratet
- satt opp med 1 mill. kroner for å styrke tjenesteforskningen ved Sirus

Kap. 3716 Statens institutt for rusmiddelforskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
02	Diverse inntekter	2 193	2 112	2 180
16	Refusjon av foreldrepenger	442		
18	Refusjon av sykepenger	756		
	Sum kap. 3716	3 391	2 112	2 180

Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
85	Statens overskuddsandel	52 098	56 800	39 500
86	Utbytte	3	2	2
	Sum kap. 5631	52 101	56 802	39 502

Formål og hovedretning

AS Vinmonopolet er organisert som et særlovsselskap etter lov av 19. juni 1931 om Aktieselskapet Vinmonopolet og har enerett til detaljsalg av alkoholholdig drikk med høyere alkoholinnhold enn 4,7 volumprosent.

Gjennom sin enerett er Vinmonopolet et viktig tilgjengelighetsbegrensende alkoholpolitisk virkemiddel og selskapet forvalter et betydelig samfunnsansvar. Innenfor de alkoholpolitiske rammevilkårene skjer omsetningen i kontrollerte former og med fravær av privatøkonomiske interesser. Selskapet bidrar til å begrense alkoholkonsumet og ved det også alkoholens skadevirkninger.

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

Resultat 2008

Per 31. desember 2008 var 236 av Vinmonopolets 239 butikker selvbetjente. Det ble åpnet 17 nye selvbetjente butikker i 2008, hvorav 8 filialer. I tillegg ble 11 butikker renovert i 2008. Vinmonopolet har fem butikkategorier: Fullsortiment med rundt 1 600 produkter, hovedsortiment med ca. 850 produkter og grunnsortiment med ca. 450 produkter. Distriktsbutikkene har rundt 250 produkter og filialene om lag 190 produkter.

Styret i Vinmonopolet har vedtatt å åpne 8 nye butikker i 2009. Utover disse nye butikkene arbeider Vinmonopolet med å utrede forhold for videre etablering av butikknettet i samråd med Helse- og omsorgsdepartementet.

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

Nemnd for prøving av Vinmonopolets beslutninger om innkjøp mv. ble opprettet i 1997 som ledd i å sikre leverandørene markedstilgang på like vilkår. I 2008 mottok nemnda 8 klager, Vinmonopolet fikk medhold i 5 av klagene.

Vinmonopolet solgte totalt 73,8 millioner liter i 2008, en økning på 3,9 pst. fra 2007. Salget av svakvin økte med 4,6 pst. til 59,3 mill. liter. Salget av brennevin og brennevinsbaserte drikker økte med 1,1 pst. til 12,8 mill. liter i 2008. Salget av sterkvin gikk ned med 6,6 pst. til 0,9 mill. liter, mens det ble solgt 755 000 liter sterkøl – en økning på 5,6 pst. fra 2007. Alkoholsvake drikker økte med 4,5 pst. til 102 000 liter.

Vinmonopolets omsetning (ekskl. mva.) var 10,3 mrd. kroner i 2008. Av dette var 5,7 mrd. kroner avgifter til staten. Driftsresultatet var 107,5 mill. kroner, en reduksjon på 15,3 mill. kroner fra 2007. Resultatnedgangen skyldes hovedsakelig økte lønns- og driftskostnader. Av resultatet før vinmonopolavgift på 175,2 mill. kroner er 35,2 mill. kroner beregnet til vinmonopolavgift og 70,0 mill. kroner til utbytte til staten. De resterende 70,0 mill. kroner er tilført egenkapitalen.

Datterselskapet Nordpolet AS hadde i 2008 et resultat på 6,0 mill. kroner. Hele årsresultatet ble tilbakeført til lokalsamfunnet på Svalbard gjennom Longyearbyen lokalstyre.

Vinmonopolet ser salgsøkningen i 2008 hovedsakelig i sammenheng med åpning av nye butikker, omlegging til selvbetjening, stadig økende interesse for vin samt fortsatt høy kjøpekraft i befolkningen. Tall fra Statens institutt for rusmiddelforskning viser at Vinmonopolet tar markedsandeler fra uregistrert alkoholomsetning som blant annet omfatter hjemmebrent og smuglersprit.

Virksomheten forøvrig

Vinmonopolet skal innrette sin virksomhet i forhold til alkoholpolitiske målsettinger og i samsvar med vinmonopolloven og alkoholloven. For å sikre fortsatt oppslutning og legitimitet i befolkningen, er det viktig at Vinmonopolet utvikler seg i takt med samfunnets forventninger og behov.

Vinmonopolet skal arbeide for en bedre tilgang til selskapets tjenester på mer like vilkår i hele landet. Selskapet har i forbindelse med butikketableringer et særlig ansvar for å sørge for tilfredsstillende rutiner for håndtering av kommunenes interesser og behov for informasjon om etableringskriteriene.

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

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

Alle sider ved Vinmonopolets alkoholpolitiske oppdrag og virksomhet formidles gjennom ulike trykksaker, kampanjer og selskapets nettsted. Til kundene formidles produktinformasjon på en nøytral måte. Kampanjer mot langing og alderskontroll holdes regelmessig.

Prøveordning for filialdrift

For å styrke oppslutningen om vinmonopolordningen er det ønskelig at den geografiske fordelingen av butikkene gir best mulig dekning også i distriktene. Regjeringen besluttet i juni 2006 å se på hvorvidt de kommunene som ønsker det, som hovedregel skal kunne få vinmonopolutsalg.

I mai 2007 overleverte Vinmonopolet en utredning til Helse- og omsorgsdepartementet og fikk deretter tilslutning til å starte et prøveprosjekt med

ni filialer. Første filial ble åpnet på Løten 14. desember 2007. Filialene driftes i hovedsak av personalet i et nærliggende vinmonopolutsalg og salgsanslaget varierer mellom 12 000 og 50 000 liter i året. Prøveordningen for filialdrift skal evalueres av Vinmonopolet og Statens institutt for rusmiddelforskning høsten 2009 før man tar stilling til omfang og planer for videre filialutbygging.

Post 85 Statens overskuddsandel

Statens andel i 2009 av driftsoverskuddet i Vinmonopolet er fastsatt til 50 pst. av resultatet i 2008, før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgift. Det foreslås at statens andel av overskuddet som tas som inntekt under denne posten i 2010 – ved eget vedtak – fastsettes til 50 pst. av resultatet i 2009, før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgift, jf. romertallsvedtak V nr. 4. Statens andel av overskuddet i Vinmonopolet er på bakgrunn av budsjettert resultat i 2009 og en andel av overskuddet på 50 pst., anslått til 39,5 mill. kroner. Dersom resultet for 2009 blir større enn anslått, blir inntektene under post 85 for 2009 høyere enn 39,5 mill. kroner. Tilsvarende blir inntekten mindre dersom resultatet blir lavere enn antatt. Dette følger av romertallsvedtaket om at statens andel av overskuddet fastsettes med en bestemt prosentsats. Forslaget til statens andel av overskuddet for 2009 bygger på en vurdering av selskapets fremtidige kapitalbehov, bl.a. i forbindelse med utvidelse av butikknettet, økt tilgjengelighet i sin alminnelighet og ønsket kapitalstruktur.

Post 86 Utbytte

Vinmonopolets aksjekapital utgjorde 50 000 kroner ved utgangen av 2008. Utbyttet er i vinmonopolloven fastsatt til 5 pst. av aksjekapitalen og utgjør 2500 kroner.

Vinmonopolavgift

Det vises til omtale under programkategori 10.00, kap. 5572, post 71.

Kap. 718 Rusmiddelforebygging

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
21	Spesielle driftsutgifter	39 639	39 699	77 969
63	Tilskudd, *kan overføres*	17 053	41 956	27 299
70	Frivillig arbeid, *kan overføres*	95 786	92 850	95 821
	Sum kap. 718	152 478	174 505	201 089

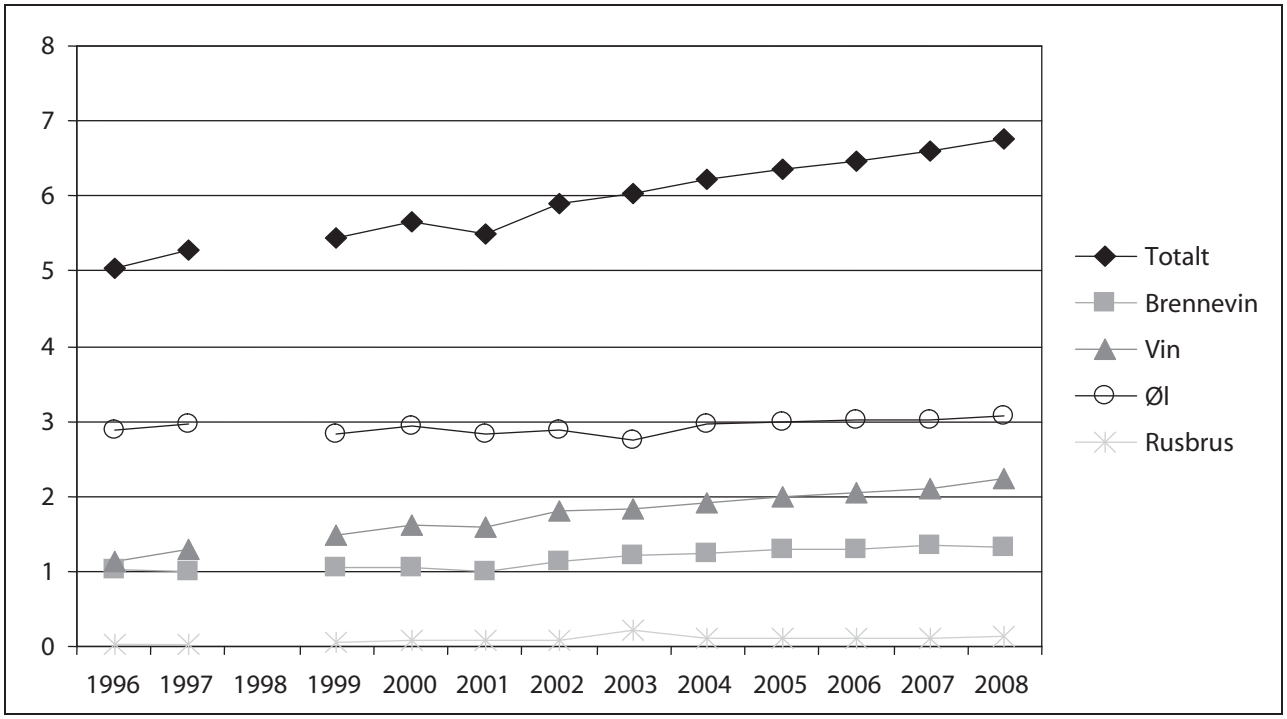
Det foreslås en styrking på 19 mill. kroner for bl.a. å ivareta folkehelseperspektivet under Opptrappingsplanen for rusfeltet. Det vises for øvrig til helhetlig omtale av Opptrappingsplanen under kap. 763.

Den forebyggende rusmiddelpolitikken er sektorovergripende og krever samarbeid på tvers av departements- og etatsgrenser.

Målet med den forebyggende politikken er å begrense rusmiddelbruk og rusmiddelrelaterte skader. Den rusmiddelforebyggende politikken må være helhetlig, langsiktig og koordinert, og må ses i sammenheng med annet forebyggende arbeid innenfor folkehelsepolitikken. En effektiv rusmiddelpolitikk vektlegger en helhetlig tankegang med fokus på å redusere risikoen for at rusmiddelproblemer oppstår. Dette gjelder både på samfunns- og individnivå. Personer som er spesielt risikoutsatt er ofte sårbare for å utvikle andre helseproblemer. For eksempel vil tiltak for å forebygge psykiske lidelser ofte også forebygge rusmiddelrelaterte problemer og omvendt. I tillegg vil en politikk som reduserer sosiale forskjeller og sosiale forskjeller i helse være viktig for å begrense omfanget av rusmiddelproblemer.

Utviklingen i alkoholskonsumet

Alkoholkonsumet i Norge har lenge vært økende. I følge offisiell statistikk fra 2008 var det registrerte forbruket 6,75 liter ren alkohol per person over 15 år. Det uregistrerte konsumet har trolig sunket noe siden 1990-tallet.



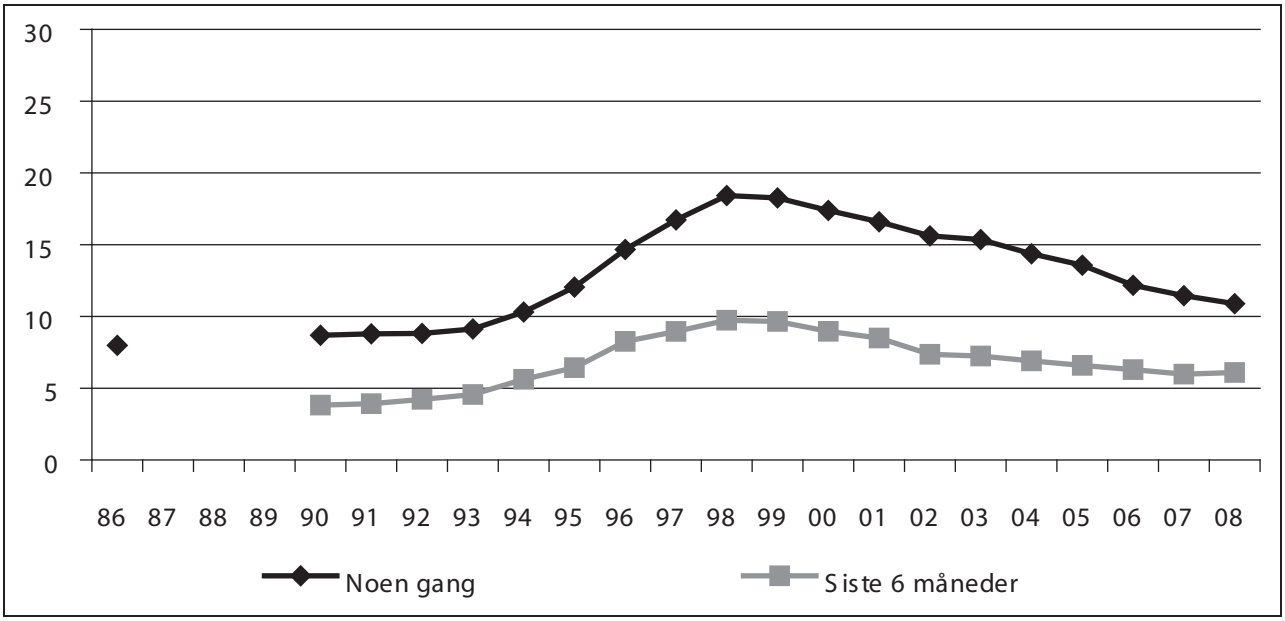
Figur 5.1 Årlig omsetning av alkohol i Norge per innbygger 15 år og eldre, 1996–2008, målt i liter ren alkohol per person totalt og fordelt på ulike drikkesorter.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Alkoholforbruket blant ungdom økte kraftig fra 1993 til 2003, men har gått noe tilbake de seneste årene. Den største nedgangen ser man blant gutter, men også jenter har redusert forbruket noe. Debutalderen har lenge vært relativt stabil, om lag 14,5 år for øl og 15 år for vin og brennevin. Alkoholforbruket i Norge er fortsatt lavt i europeisk sammenheng. Mens alkoholforbruket i Norge er økende, går utviklingen i motsatt retning i flere av landene i Europa. Flere europeiske land har i senere år tatt i bruk regulatoriske virkemidler som aldersgrenser og avgifter for å redusere bruk av alkohol og skadene det medfører.

Utviklingen i bruken av illegale rusmidler

Bruken av illegale rusmidler økte på 1990-tallet, toppet seg rundt årtusenskiftet, men har siden gått tilbake og ser ut til å ha stabilisert seg. Cannabis er det mest brukte rusmiddelet. I 2008 oppga 10,5 pst. av ungdommene (15–20 år) at de har prøvd cannabis. Tallet er høyere i Oslo, men forskjellene mellom Oslo og landet for øvrig minker. Bruk av ecstasy og amfetamin er redusert. Sniffestoffer (lim og løsemidler) brukes mer enn både amfetamin og ecstasy. 5 pst. i aldersgruppen 15-20 oppgir å ha prøvd sniffestoffer. Narkotikamisbruket i Norge er lavt i europeisk sammenheng, mens antall injiserende misbrukere er relativt høyt, anslagsvis 8 200–12 500. Til sammenlikning var anslaget 11 000–15 000 i 2002. Antall narkotikarelaterte dødsfall (overdosedødsfall) har sunket kraftig fra 2001 til 2007 (fra 338 til 200), men det er fortsatt høyt, og det er til dels store variasjoner fra år til år og store forskjeller mellom kvinner og menn.



Figur 5.2 Prosentandel av ungdom i alderen 15–20 år i Norge som oppgir at de har brukt cannabis noen gang og i løpet av de siste seks måneder i 1986–2008.

Kilde: Statens institutt for rusmiddelforskning

Post 21Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen foreslås

- satt opp med 11 mill. kroner, hvorav 5 mill. kroner til tidlig intervensjon og mini-intervensjoner, og 6 mill. kroner til kampanjer og informasjonstiltak
- satt opp med 2 mill. kroner som følge av at ansvaret for tilskudd til drift av nettsiden www.forebygging.no er flyttet fra Sirus til Helsedirektoratet. Midlene er overført fra kap. 716, post 01
- satt opp med 24 mill. kroner mot at bevilgningen over post 63 settes ned tilsvarende, jf. St.prp. nr. 67 (2008-2009)

Bevilgningen dekker driftsmidler til fylkesmennene (klagesaksbehandling alkoholloven mv.), informasjon og holdningsskapende arbeid, forebyggende rusmiddeltiltak og diverse utredninger og forsøksvirksomhet. Deler av bevilgningen forvaltes av Helsedirektoratet til bruk for disse formål.

Driftsmidler til fylkesmennene

Bevilgningen skal dekke utgifter til fylkesmennenes arbeid med klagesaker og kurs og konferanser mv. som arrangeres på regionalt nivå. Det er, med hjemmel i alkoholloven, begrenset klageadgang når det gjelder de fleste kommunale vedtak i bevillingssaker. Fylkesmannen er klageinstans og kan prøve om vedtakene er gyldige. I 2008 behandlet fylkesmennene 83 klagesaker mot 84 i 2007 og 61 i 2006.

Informasjon og holdningsskapende arbeid – alkohol

Alkoholforbruket øker samtidig som både ungdom og voksne mangler kunnskap om alkoholens skadevirkninger og kopling til mange sykdommer. Det er en tendens til at alkoholens skadevirkninger alminneliggjøres eller bagatelliseres, og at alkoholovens intensjon og bestemmelser ikke følges godt nok opp. Det er et press på tradisjonelle alkoholpolitiske virkemidler som pris og tilgjengelighet. Det moderne arbeidslivet har skapt stadig flere arenaer for alkoholbruk. Mye tyder på at det brukes stadig mindre alkohol på selve arbeidsplassen i arbeidstiden, og at det stor oppslutning om dette i befolkningen. Samtidig har det i løpet av de senere årene blitt brukt mer og mer alkohol i de såkalte «gråsonene» mellom arbeid og fritid.

Helsedirektoratet har i 2009 gjennomført flere informasjonskampanjer. Informasjonskampanjen «Alkoholfritt svangerskap» fokuserer på alkoholens skadelige virkning på fosteret og kampanje om alkoholfritt svangerskap skal videreføres og styrkes i 2010. Kampanjen «Tør å sette grenser» videreføres overfor tenåringsforeldre som grensesettere og informasjonsinnsatsen overfor kommunene fortsetter med fokus på salgs- og skjenkepolitikken. Videre skal det settes fokus på å øke kunnskapsnivået i

norsk arbeidsliv om rusmiddelforebygging og hvilke miljøer og verktøy som kan bistå i forebyggende arbeid. Informasjons- og holdningsskapende arbeid foreslås styrket med 6 mill. kroner.

Det er igangsatt analyser av utviklingen i befolkningens syn på alkoholpolitikk, basert på undersøkelser gjennomført i forbindelse med informasjonskampanjer de siste fem årene.

Bevilgningen dekker også tilskudd til drift av nettstedet www.forebygging.no. Helsedirektoratet har overtatt ansvaret for å forvalte dette tilskuddet fra Sirus.

Mini-intervensjoner og implementering av nasjonal strategi for tidlig intervensjon

Dersom atferdsproblemer og rusmiddelproblemer avdekkes tidlig, er sjansen større for å forebygge en videre problemutvikling. Det er kartlagt hvilke målgrupper og arenaer som er mest aktuelle for tidlig identifisering og intervensjon, og at det er stort kompetansebehov blant ansatte som er i kontakt med risikoutsatte barn og unge. Helsedirektoratet har utarbeidet en rapport om sentrale perspektiver for tidlig intervensjon på rusfeltet og en veileder for tidlig intervensjon, «Fra bekymring til handling», som skal styrke arbeidet med å avdekke rusmiddelproblemer og intervenere hensiktsmessig. Veilederen skal implementeres på ulike arenaer. Med bakgrunn i bl.a. denne veilederen skal Helsedirektoratet, i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, bistå kommunene og andre aktuelle aktører, og gi veiledning om metoder og tiltak for å gripe inn på et tidligere stadium enn i dag.

De 7 regionale kompetansesentrene på rusområdet har siden 2007 gjennomført ulike metodeutviklende prosjekter basert på eksisterende kunnskap om tidlig intervensjon på rusfeltet. Prosjektene rettes mot ungdom i sviktsonen, barn av foreldre med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, gravide, samt prosjekter i skolen. Mange av prosjektene avsluttes i 2009. Evalueringsresultatene fra prosjektene og dokumentasjonen av metodene som er benyttet vil være avgjørende for videreføring og overføring av disse til andre regioner og kommuner.

I 2009 har Helsedirektoratet målrettet satsingen innen tidlig intervensjon ved å dreie fokus mot de udekkede satsingsområdene, arbeidsliv, sykehus og fastlegene. Dette arbeidet vil Helsedirektoratet videreføre i 2010.

Videre skal arbeidet med tidlig intervensjon omfatte tiltak ovenfor voksne som har et risikofylt alkoholbruk eller som har utviklet et alkoholproblem, såkalte mini-intervensjoner (brief interventions). Det er en metodikk hvor helsepersonell tar opp problematisk alkoholbruk og lager et videre program i samarbeid med pasienten. Metodikken er kjent og anbefalt av WHO, og er evaluert og vurdert i flere randomiserte undersøkelser med meget gode resultater. Metoden er også vurdert til å være kostnadseffektiv. Å veilede om og oppfordre til bruk av denne metodikken blant relevant helsepersonell skal bidra til at flere benytter metoden og skal forhindre at risikabelt alkoholbruk utvikler seg til avhengighet.

Tidlig intervensjonstiltak bør ses i sammenheng med det øvrige forebyggende arbeidet. Satsingen på tidlig intervensjon og mini-intervensjoner foreslås styrket med 5 mill. kroner.

Forebyggende rusmiddeltiltak

Helsedirektoratet arbeider for bedre samordning av lokale rusmiddelforebyggende tiltak, å legge til rette for økt kvalitet på det rusmiddelforebyggende arbeidet, samt å styrke samspillet med de frivillige organisasjonene. Tiltak rettes både mot befolkningen generelt og mot særlig risikoutsatte grupper. Barn, unge og deres foreldre er viktige målgrupper. Forebyggingen skal i hovedsak skje i kommunene, men det skal være sammenheng mellom virkemidler og tiltak på nasjonalt og lokalt nivå. Det rusmiddelforebyggende arbeidet må sees i sammenheng med annet forebyggende og helsefremmende arbeid som gjøres.

I flere undersøkelser har Statens institutt for rusmiddelforskning avdekket omfattende brudd på alkoholloven hos bevillingshavere og mangelfull kommunal kontroll med næringen. Helsedirektoratet skal videreføre informasjonsarbeidet overfor kommunene og bidra til fokus på salgs- og skjenkesteders overholdelse av alkohollovgivningen og styrke kvaliteten på kommunenes kontrollvirksomhet. Helsedirektoratet skal videre gi veiledning og informasjon som legger til rette for overholdelse av regelverket. De skal også gi veiledning om helhetlig og samordnet forebygging av rusmiddelproblemer.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 481, 16. juni 2009

> «Stortinget ber Regjeringen samarbeide med kommunene om å gjennomføre prosjekter etter inspirasjon fra STAD-prosjektet i Stockholm, som innebærer samarbeid med salgsnæringen om opplæring av personale i alkoholloven og konflikthåndtering, kombinert med flere kontroller av salgs- og serveringsstedene.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dok. nr. 8:80 (2008-2009), jf. Innst. S. nr. 322 (2008-2009). Helsedirektoratet har lagt til rette for at kommuner kan igangsette programmet «Ansvarlig vertskap». Målet med Ansvarlig vertskap er å forebygge og unngå overskjenking, skjenking til mindreårige og rusrelatert vold. I programmet inngår informasjons-, opplærings-, samarbeids- og kontrolltiltak. I statsbudsjettet for 2009, jf. St.prp. nr. 1 (2008-2009) for Helse- og omsorgsdepartementet, ble det bevilget 6 mill. kroner til styrking av kvaliteten på kommunenes kontroll med salgs- og skjenkebevillinger og Helsedirektoratet vil høsten 2009 avholde en seminarrekke om kontroll. Seminaret retter seg mot kommunene, både på politisk og på administrativt nivå. Også politiet vil bli invitert til å delta. I sammenheng med det øvrige arbeidet med å styrke kontrollen av salgs- og skjenkebevillinger, jf. omtale under post 21, skal Helsedirektoratet vurdere hvordan man kan hente inspirasjon fra STAD-prosjektet som kan føre til økt overholdelse av alkohollovgivningen, og vurdere ytterligere tiltak for å få til dette.

Post 63 Tilskudd

Bevilgningen foreslås
- satt opp med 8 mill. kroner til etablering av kommunale rusforebyggingskoordinatorer
- satt ned med 24 mill. kroner mot at bevilgningen over post 21 settes opp tilsvarende, jf. St.prp. nr. 67 (2008-2009)

Mange kommuner mangler en helhetlig politikk for forebygging av rusmiddelproblemer. Dette kan føre til at tiltak drar i ulike retninger, er av ulik kvalitet, og at forebyggingsarbeidet blir ineffektivt. Kommunene er den viktigste aktøren i det rusmiddelforebyggende arbeidet. Evalueringen av det såkalte regionprosjektet, et pilotprosjekt innen kommunalt forebyggingsarbeid, påpekte viktigheten av at det rusforebyggende arbeidet i kommunen er samordnet og koordinert. Det rusforebyggende arbeidet i kommunene må ses i sammenheng med det generelle folkehelsearbeidet.

Helsedirektoratet har i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål prioritert arbeidet med å bistå kommunene i å lage helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner. For en del mindre kommuner kan det være hensiktsmessig å samarbeide med nabokommuner om interkommunale planer. Veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan og den interaktive rådgivningstjenesten www.kommunetorget.no er viktige hjelpemidler og verktøy i dette arbeidet. Majoriteten av norske kommuner har nå en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan, og fokus vil i sterkere grad være på aktiv bruk av disse planene i kommunenes utforming av rusmiddelpolitikken.

Helsedirektoratet ferdigstiller i 2009 en kompetanseutviklingsplan for å styrke det forbyggende arbeidet i kommunene. Planen omfatter kompetanseutviklingstiltak på ulike nivåer og av ulik varighet, fra korte kurs og konferanser via kurs/seminarrekker til videreutdanning på høgskolenivå. De regionale kompetansesentrene på rusfeltet har en viktig rolle i kompetanseutviklingsarbeidet lokalt. Helsedirektoratet videreføre arbeidet med å utvikle kvaliteten på det rusforebyggende arbeidet i skolen. Dette skjer i dialog med Utdanningsdirektoratet. Veiledere for rusmiddelforebyggende arbeid i skolen og arbeid med tidlig intervensjon publiseres høsten 2009, med påfølgende omfattende implementeringsarbeid. Dette må ses som elementer i arbeidet med å styrke det lokale forebyggende arbeidet.

Det skal stimuleres til bruk av rusforebyggingskoordinatorer i kommunene, gjerne sett i sammenheng med partnerskap for folkehelse og samhandlingsmeldingen. Det skal også stimuleres til samarbeid og samorganisering med SLT-koordinatorene i kommunene (koordinatorer for samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak blant barn og unge), da det kriminalitetsforebyggende arbeidet blant barn og unge i svært stor grad henger sammen med annet forebyggende arbeid. Det foreslås en styrking på 8 mill. kroner til kommunale rusforebyggingskoordinatorer.

Post 70 Frivillig arbeid mv.

Formålet med posten er å styrke arbeidet i frivillige organisasjoner som arbeider for å redusere forbruk av rusmidler og skader forårsaket av rusmidler. Tilskuddsordningene skal stimulere til engasjement og ruspolitisk aktivitet både på nasjonalt og lokalt nivå gjennom støtte til drift, prosjekter og aktiviteter av nasjonal karakter som har rusforebygging som primært mål. Ordningene skal fremme kunnskapsbaserte strategier og demokratisk organisasjonsarbeid med frivillig innsats og lokalt engasjement.

De frivillige organisasjonene har gitt viktige bidrag til å sikre oppslutningen om sentrale deler av alkoholpolitikken, særlig på nasjonalt og internasjonalt nivå. Siden viktige deler av de alkoholpolitiske virkemidlene forvaltes av kommunene, er det viktig å stimulere til at de frivillige organisasjonenes rolle styrkes på lokalt nivå.

Mange av prosjektene som det er gitt tilskudd til, har vært drevet i skolen. Det er vanskelig å dokumentere resultater av denne innsatsen. Forsk-

ningen viser at det er en nær sammenheng mellom bruk av rusmidler og annen problematferd, og at rusforebyggende arbeid i skolen bør ha et større perspektiv. Helsedirektoratet utarbeider derfor, i samarbeid med utdanningsdirektoratet, en veileder for skolenes rusforebyggende arbeid for å styrke skolenes evne til selv å ta fatt i problemene, skape et godt læringsmiljø og styrke skole-hjem-samarbeidet.

Regelverkene for tildeling av tilskudd til frivillig rusmiddelforebyggende arbeid vil bli endret fra og med 2010. Dette skal knytte tilskuddsordningene tydeligere til målene for Opptrappingsplanen for rusfeltet, og styrke det ruspolitiske arbeidet, særlig på lokalt nivå. Helsedirektoratet har vært i tett dialog med de frivillige organisasjonene på rusfeltet i arbeidet med de nye regelverkene. I tillegg til endringer i regelverkene for driftstilskudd til rusmiddelpolitiske organisasjoner og en målretting av prosjekttilskuddsordningen vil det opprettes et nytt regelverk for aktivitetstilskudd. Endringene innebærer at det særskilte driftstilskuddet til medlemsorganisasjonene i Norsk senter for rusfri miljøutvikling avvikles. Disse organisasjonene kan innenfor de nye regelverkene søke om tilskudd på samme vilkår som øvrige frivillige organisasjoner.

Det har tidligere blitt gitt tilskudd på bakgrunn av særordninger. Dette gjelder bl.a. tilskudd til Av og Til og Norges idrettsforbund og olympiske komité. Disse organisasjonene representerer viktige satsingsområder og har anledning til å søke tilskudd gjennom den nye ordningen for aktivitetstilskudd.

Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk (AKAN) er ikke en ordinær frivillig organisasjon, men et samarbeid mellom LO, NHO og staten. Arbeidslivet er en viktig arena for rusforebyggende arbeid som bør benyttes i større grad. AKAN har de senere årene hatt en positiv utvidelse av virksomheten og det er viktig at dette ivaretas ved omleggingen. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår at AKAN gis tilskudd gjennom en egen øremerking av bevilgningen over post 70, ettersom de nye regelverkene er innrettet mot frivillige organisasjoner og ikke tilpasset dette samarbeidet.

Kap. 3718 Rusmiddelforebygging

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
04	Gebyrinntekter			1 504
	Sum kap. 3718			1 504

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er:

- 1,504 mill. kroner flyttet fra kap. 3720, post 4 til kap. 3718, post 4.

Post 04 Gebyrinntekter

Bevilgningen omfatter:

- bevillingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk. Bevillingsordningen er selvfinansiert gjennom gebyrer og administreres av Helsedirektoratet. Bevillingsgebyrene utgjør om lag 1 mill. kroner.
- gebyr på statlige skjenkebevillinger gitt for skjenking av alkoholholdig drikk på tog og fly etter alkoholloven § 5-2, første ledd nr. 1 og 2.

Kap. 719 Annet folkehelsearbeid

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 79*	55 574	65 699	50 301
60	Kommunetilskudd, *kan overføres*	52 454	54 898	11 855
70	Smittevern mv., *kan overføres*	29 226	30 551	31 529
71	Uønskede svangerskap og abort, *kan overføres*	24 510	27 628	
72	Stiftelsen Amathea	19 048	14 985	
73	Fysisk aktivitet, *kan overføres*	19 322	26 636	31 488
74	Skolefrukt, *kan overføres*	16 047	16 753	
79	Andre tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	16 510	15 950	15 460
	Sum kap. 719	232 691	253 100	140 633

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er:
- 3 mill. kroner under kap. 719 post 21 flyttet til kap. 762 post 60
- 3 mill. kroner under kap. 719 post 21 flyttet til kap. 762 post 21
- 11 mill. kroner under kap. 719 post 21 flyttet til kap. 711 post 21
- 3,5 mill kroner under kap. 719 post 60 flyttet til kap. 762 post 60
- Bevilgningen under kap. 719 post 71 flyttet til kap. 762 post 73
- Bevilgningen under kap. 719 post 72 flyttet til 762 post 74
- Bevilgningen under kap. 719 post 74 flyttet til kap.711 post 74
- 1 mill. kroner under kap. 719 post 79 flyttet til kap. 711 post 70

Bevilgningen omfatter bl.a. oppfølging av St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010, Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) og videreføring av arbeidet for økt fysisk aktivitet i befolkningen. Videre omfatter bevilgningen Nasjonal hiv-strategi (2009-2014) og annet smittevernarbeid. Smittevernarbeidet er omtalt under post 70 og fysisk aktivitet under post 73. Kosthold og ernæring er nærmere omtalt i kap. 711.

Bevilgningen dekker også spesielle driftsutgifter til Helsedirektoratets forvaltningsoppgaver på folkehelseområdet, herunder Nasjonal strategi for barns miljø og helse 2007–2016, Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer 2008–2012 og ny nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskader.

Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

Helsedirektoratet er i gang med å utvikle en overordnet strategi for kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Hensikten med strategien er et mer effektivt folkehelsearbeid, herunder forebyggende helsetjenester, en sterkere og mer relevant kunnskapsutvikling på folkehelsefeltet, en hensiktsmessig og effektiv arbeidsfordeling mellom aktørene og en bedre tilrettelegging av kunnskapen sentralt, regionalt og lokalt. Videre skal direktoratet legge til rette for at det gjennomføres systematiske samfunnsøkonomiske vurderinger av forebyggende tiltak.

Som en oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen, vil det framover bli lagt økt vekt på å veilede og informere kommunene om hvilke tiltak som kan forutsettes å være kostnadseffektive og som har samfunnsøkonomisk dokumentert effekt. Det vurderes å bygge opp et nasjonalt dokumentasjonsprogram for å følge utviklingen i det forebyggende arbeidet i kommunene på en systematisk måte. Det er foreslått bevilget 6 mill. kroner over kap. 762 til Helsedirektoratets oppfølging av den kommunale satsingen på forebyggende helsetjenesten i regi av samhandlingsreformen.

Prosjektet Kommunehelseprofiler ble evaluert og avsluttet i 2008, og er nå innlemmet i direktoratets ordinære driftsoppgaver. Hovedtrekk fra evalueringen er at Kommunehelseprofiler er et godt statistikkverktøy som oppleves som relevant for brukergruppene. Evalueringen avdekker imidlertid at

nettstedet må gjøres bedre kjent blant målgruppene. Videre skal verktøyet utvikles til å omfatte flere indikatorer på påvirkningsfaktorer for helse. Kommunehelseprofiler vil være en viktig del av kommunenes arbeid med å få bedre oversikt over helseforhold og påvirkningsfaktorer som grunnlag for prioritering og evaluering av helsetjenester og som innspill til kommunale planprosesser.

Utjevning av sosiale forskjeller i helse

Sett under ett er den norske befolkningens helse god. Men gjennomsnittstallene skjuler store sosiale forskjeller i helse, og dette er blant de største utfordringene vi står ovenfor i folkehelsearbeidet. Menn med universitetsutdanning har utsikter til å leve ca 5 år lengre enn menn med ungdomsskoleutdanning. For kvinner er forskjellen ca 3 år. Dersom risikoen for tidlig død i alle utdanningsgrupper hadde vært lik risikoen blant dem med høyere universitetsutdanning, ville 43 000 av de 104 000 dødsfallene som faktisk fant sted i 1994–2003 vært unngått (alle bosatte i Norge i 1993, alder 25-66 år). Dette innebærer et stort potensial for å bedre befolkningens helse gjennom utjevning av sosiale helseforskjeller.

Helseforskjellene skyldes ulik fordeling av ressurser i befolkningen. Levekårsfaktorer som oppvekstmiljø, utdanning, arbeid og inntektsforhold er utgangspunktet for, og medvirkende til, en rekke prosesser som bidrar til å produsere helse gjennom livsløpet. Selv om enkeltmenneskets livsstil er et resultat av egne frie valg, påvirkes handlingsrommet av de bakenforliggende levekårsfaktorene. Dette betyr at også sosiale forskjeller i livsstil kan relateres til slike bakenforliggende årsaker. Folkehelsearbeidets utfordring er å oppnå en jevnere sosial fordeling av ressursene. Det er et sentralt mål for folkehelsearbeidet å redusere sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse.

Regjeringens politikk for å utjevne sosiale helseforskjeller er nedfelt i St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Status på oppfølging av meldingen er nærmere omtalt i del 3.

Miljø og helse

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

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

Helsedirektoratet har som en oppfølging av St.meld. nr. 16 (2002–2003), Resept for et sunnere Norge, fått i oppdrag å videreutvikle en kompetanseenhet for helsekonsekvensutredning av tiltak i ulike sektorer. Helsedirektoratet er i dialog med sentrale helse-, miljø- og trafikketater om å gjennomføre en strategisk helsekonsekvensutredning på vegtrafikk. Helsekonsekvensutredninger er et viktig tiltak for å synliggjøre og ivareta helseeffekter av tiltak i andre sektorer. Det er videre etablert kompetanse på bruk av plan- og bygningsloven som verktøy i folkehelsearbeidet, innbefattet helseaspektet i konsekvensutredninger etter denne loven.

En kartlegging av situasjonen i miljørettet helseverntjenesten i kommunene har avdekket et stort behov for styrking av tjenesten. En hovedutfordring som gjenspeiles i en rekke av svarene i undersøkelsen, er at det benyttes for lite ressurser i miljørettet helsevern i forhold til utfordringer og oppgaver. Særlig er det for lav kompetanse innen miljørettet helsevern i små kommuner. Undersøkelsen avdekker videre bl.a. at kommunene har mangelfull oversikt over risikofaktorer i miljøet, at mange skoler mangler godkjenning etter miljørettet helsevernregelverket og at tjenesten i stor grad er fraværende på viktige plan- og samarbeidsarenaer. Det er foreslått en rekke tiltak som kan bidra til å styrke tjenesten.

I 2008 ble det foretatt en undersøkelse for å kartlegge om kommunene har godkjent skolene i henhold til forskrift om miljørettet helsevern i skoler og barnehager. Kartleggingen viste at kun 50 pst. av skolene var godkjente. Med utgangspunkt i denne kartleggingen ble samtlige kommuner orientert om situasjonen, og samtidig ble kommunens ansvar understreket. I 2009 gjennomføres en ny kartlegging av skolenes godkjenningsstatus. På bakgrunn av denne kartleggingen skal behov for ytterligere tiltak vurderes.

Nasjonal strategi for barns miljø og helse ble lagt fram i 2007 for planperioden 2007-2016. Strategien er utviklet i et samarbeid mellom åtte departementer og med medvirkning fra barn og unge selv. Implementering av den norske strategien fortsetter i 2010. Det er under utvikling et barnebarometer som skal følge utviklingen av barns miljø og helse framover.

Ny strategi for å redusere radoneksponeringen i Norge

Radon i inneluft forårsaker anslagsvis 300 lungekreftdødsfall i året og er etter aktiv røyking den hyppigste årsaken til lungekreft i Norge. En undersøkelse i 2007 av kommunenes innsats viste at få kommuner prioriterer radonarbeidet tilstrekkelig.

For å følge opp denne undersøkelsen ble det nedsatt en interdepartemental arbeidsgruppe som våren 2009 la fram forslag til tiltak for å redusere radonproblemet. Arbeidsgruppens forslag ligger til grunn for Strategi for å redusere radoneksponering i Norge som ble lagt fram 1. juli 2009. Den nasjonale strategien skal gjennomføres i femårsperioden 2009-2014 innenfor årlige statsbudsjetter, tilskuddsordninger og relevante stortingsdokumenter.

Strategien er et redskap for styring og koordinering av det radonforbyggende arbeidet i flere sektorer og inneholder tiltak som skal bidra til å redusere eksponeringen for radon i bo- og arbeidsmiljø. Strategien består av flere delstrategier som dekker nye og eksisterende bygninger, forhold tilknyttet arealplanlegging, lokalsamfunn med særdeles alvorlige radonproblemer, bygninger der allmennheten har adgang og radon i arbeidslokaler.

Det er tilknyttet egne mål til delstrategiene, med tilhørende tiltak og virkemidler. Tiltakene omfatter blant annet informasjonsinnhentning, kunnskapsutvikling, utarbeiding av veiledningsmateriell, formidling av informasjon om radonfaren og forskriftsfesting av grenseverdier ved oppføring av nye boliger

Ny strategi for å forebygge ulykker og skader

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

I 2009 er det lagt frem en nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskader. Strategien har to hovedmål: For det første skal det bygges opp et bedre system for innhenting av data og utvikling av kunnskap om skader og ulykker gjennom å videreutvikle og forbedre statistikk, system for analyser av årsaker til ulykker, og kunnskap om effektiv virkemiddelbruk og veiledning. For det andre skal det tverrsektorielle arbeidet for å forebygge ulykker som medfører personskader forbedres.

Med ikrafttredelsen av Norsk pasientregisterforskriften 15. april 2009, er Norsk pasientregister (NPR) blitt et personidentifiserbart register regulert i forskrift. NPR har gjennom forskriften som eget formål å bidra til kunnskap som grunnlag for forebygging av skader og ulykker. I 2009 og 2010 vektlegges implementering og sikring av datakvalitet i den nye skaderegistreringen, og god tilgang til skadedata for ulike sektorer og forvaltningsnivå.

Det er inngått en finansierings- og samarbeidsavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Finansnæringens hovedorganisasjon om videreføring av Skadeforebyggende forum i en femårsperiode. Forumet er et nasjonalt kontakt- og samarbeidsorgan for skadeforebyggende arbeid. Oppfølging av WHO-konseptet Trygge lokalsamfunn inngår som en del av avtalen.

Samarbeidet med Vegdirektoratet og Statens havarikommisjon for transport videreføres for ytterligere å redusere antallet drepte og skadde i trafikken. Det vises for øvrig til kap. 719, post 79.

Helsedirektoratets brosjyre «Barn og sikkerhet» som brukes av landets helsestasjoner i sped- og småbarnskonsultasjoner, ble revidert i 2008 og erstattet av fem aldersspesifikke brosjyrer under tittelen «Barns miljø og helse». I 2009 ble brosjyrene oversatt til engelsk, urdu, somalisk og arabisk.

Astma- og allergi

Astma er den viktigste kroniske sykdommen hos barn og unge. Ca. 20 pst. av barn og unge og 8 pst. av alle voksne har denne sykdommen. Det har vært en jevn økning i forekomsten av denne sykdommen de siste 40 årene. I Norge er akutt astma årsak til 20 pst. av innleggelsene av barn på sykehus og er dermed den viktigste årsaken til slike innleggelser.

Helsedirektoratet vil i 2010 intensiveres arbeidet med å følge opp Nasjonal strategi for forebygging av astma- og allergisykdommer 2008-2012. Det er store uløste utfordringer knyttet til inneklima i skoler og barnehager. Mange skoler mangler godkjenning eller er bare midlertidig godkjent i henhold til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler, mv., som oftest p.g.a. dårlig inneklima og manglende ventilasjon.

Pollenallergi er den hyppigst forekommende allergien. Ca. 20 pst. av befolkningen reagerer allergisk og har behov for medisinsk behandling mot en eller flere typer pollen. På grunn av klima-

forandringer opplever vi at pollensesongen starter tidligere og varer lengre hvert år. Det er en sterk bekymring i fagmiljøene for den mulige økningen i antall pollenallergikere grunnet klimaendringer.

Det er behov for koordinert innsats overfor arbeidslivet, både i forhold til at arbeidsmiljøet en del steder forårsaker astma og allergi og i forhold til de problemer som personer med astma og allergi møter i arbeidslivet. Helsedirektoratet skal opprette en koordineringsgruppe som skal følge opp strategien. Koordineringsgruppen skal gjennom strategiperioden løfte frem og foreslå virkemidler med hensyn til forebyggende og behandlingsrettede tiltak.

Støy

Støy er et miljøproblem som rammer svært mange mennesker i Norge. Om lag 1,7 millioner mennesker er utsatt for et gjennomsnittlig utendørs støynivå over 50 dBA ved boligen sin. Bortimot en halv million mennesker er i stor grad plaget av støy. De fire viktigste kildene er vegtrafikk, fly, jernbane og industri. Av disse er vegtrafikk den klart største og stod for 78 pst. av kartlagt plage i 2006. Til tross for at beregningene viser en nedgang i støyen fra jernbane og luftfart fra 1999 til 2006, er den totale støybelastningen i Norge økt med ca. tre pst. i denne perioden. Dette skyldes at støyen fra vegtrafikk, har økt med ca. åtte pst. i perioden.

Sentrale helsemyndigheter deltar i arbeidet med oppfølging av Nasjonal handlingsplan mot støy 2007-2011. Helsedirektoratets kartlegging av miljørettet helsevern i landets kommuner, viser at vegtrafikk er den klart største lokale støykilden. Lokale helsemyndigheters deltagelse i samfunns- og arealplanlegging vil være et viktig bidrag til å forebygge og redusere støy fra vegtrafikk og andre kilder. Helsedirektoratet har revidert Veileder for støyvurdering ved etablering av nærmiljøanlegg. Videre vil direktoratet i samarbeid med berørte parter, utarbeide nasjonale retningslinjer som kan bidra til å redusere/forebygge problemer med støy fra utekonserter.

Helseatferd – fysisk aktivitet, kosthold og tobakk

Helseatferd er atferd og levevaner som har stor betydning for helsen, blant annet kosthold, fysisk aktivitet, røyking og alkoholbruk. Strukturelle virkemidler for å påvirke pris og tilgjengelighet står helt sentralt i arbeidet med å påvirke helseatferd og forebygge helseproblemer. Andre viktige virkemidler er lavterskelaktiviteter i skoler og barnehager, lokalmiljø og i arbeidslivet, og veiledning og oppfølging i regi av helsetjenesten.

Virkemidler for å bidra til økt fysisk aktivitet og bedre kosthold er nærmere omtalt under kap. 711 og under post 60 og 73 i dette kapitlet. Alkohol- og narkotikapolitikken er nærmere omtalt under kap. 718.

Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet

Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010 har som overordnet mål å fremme helsen i alle deler av befolkningen og gi flere leveår med god helse gjennom redusert tobakksbruk. Strategiens innsatsområder er: forebygge røykestart, røykeslutt, vern mot tobakksrøyk, forebygge snusbruk, informasjonstiltak, lokalt folkehelsearbeid, forskning og internasjonalt samarbeid. Fra 2006 til 2010 er målet at andelen unge som røyker halveres, andel gravide som røyker ved slutten av svangerskapet halveres og andelen dagligrøykere i befolkningen reduseres til under 20 pst.

I 2008 røykte om lag 21 pst. daglig, mot 22 pst. i 2007. Det er likevel fortsatt over 800 000 mennesker som røyker hver dag. Andelen kvinner og menn som røyker har vært relativt lik i mange år. Røyking er en viktig årsak til sosiale helseforskjeller. De som røyker er overrepresentert i grupper med lav inntekt, kort utdanning og manuelle yrker. Blant unge (16–24 år) gikk andelen som røykte daglig ned fra 16 pst. i 2007 til 15 pst. i 2008. På ti år er andelen mer enn halvert. Om lag 6 pst. av befolkningen, i hovedsak menn, brukte snus daglig i 2008. Bruk av snus har økt betydelig de siste årene blant yngre menn, og bruk av snus er der like vanlig som røyking. Imidlertid ser det ut til at økningen har avtatt og kanskje stanset de siste par årene. Blant unge kvinner har bruken økt noe.

Helsedirektoratet har utarbeidet en rapport med gjennomgang av tobakksstrategien 2006–2010 etter halvveis løp. Mye går riktig vei, men særlig anbefales det å gi bedre tilbud til røykeslutt. Dette framkommer også i en europeisk sammenlikning der Norge kommer godt ut generelt, med unntak av røykeslutt. Styrking av tilbudet bør skje gjennom samarbeid med helseprofesjonene og gjennom helsetjenesten, lavterskeltilbud og evt. finansieringsmekanismer. Rapporten understreker at man bør utnytte prisvirkemiddelet, satse på massemediekampanjer og stimulere til forskning om snus. Det anbefales videre å bruke lovverket aktivt i det tobakksforebyggende arbeidet. Forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer ble vedtatt i Stortinget våren 2009. Det er 24. september 2009 fastsatt en forskrift om innføring av bildeadvarsler på tobakkspakkene. Forskriften trer i kraft 1. januar 2010.

Undervisningsprogrammet om tobakk i ungdomsskolen, FRl, ble gjennomført med 56 pst. deltakelse i skoleåret 2008–2009, noe færre enn året før. Fylkesmannen bidrar til implementering av programmet.

I en kartlegging i 2008 etterspør åtte av ti rektorer et enhetlig regelverk for elevers bruk av tobakk i videregående skole. Det er naturlig å vurdere en samordning av reglene for hele utdanningsløpet fra barnehage til videregående skole for å fjerne all bruk av tobakk i skolen. Helsedirektoratet samarbeider med Kreftforeningen om snus- og røykesluttprosjekt for ungdom i videregående skole.

Helsedirektoratet, Fylkesmannen og frivillig sektor samarbeider om å gjennomføre røykesluttkurs over hele landet. Røyketelefonen gir hjelp til røykeslutt med gratis veiledning og oppfølging, og besvarte drøyt 7 000 henvendelser i 2008. I 2008 ble det bevilget 3 mill. kroner til en kampanje om røykfritt arbeidsliv. 13 virksomheter med høy andel røykere deltar i røykesluttprosjektet, som evalueres i 2009. Det er igangsatt et samarbeidsprosjekt med tannhelsetjenesten om røykeslutt.

Som ledd i å følge opp Nasjonal strategi for kolsområdet (2006–2011) er Nasjonalt kolsråd etablert. Rådet ga i 2008 ut et sett av anbefalinger. Det skal utarbeides nasjonale faglige retningslinjer for diagnostisering og oppfølging av personer med kols. En etterbevilgning på 0,5 mill i 2008 gikk til prosjekt om allmennlegers opplæring i røykeavvenning og tidlig diagnostikk og behandling av kols.

Både i 2008 og 2009 ble det vist en massemediekampanje om lungesykdommen kols som bidro til oppmerksomhet om kols og røykeslutt. Evalueringer har vist at massemediekampanjer motiverer til røykeslutt og til å søke hjelp, forutsatt at de er av tilstrekkelig omfang.

Siden 2005 er Norge, sammen med 166 andre land, part i WHOs tobakkskonvensjon. Det pågår forhandlinger av en protokoll om ulovlig handel av tobakksvarer. I tillegg til folkehelsehensyn har ulovlig handel med tobakksvarer økonomiske konsekvenser for myndighetene. Under konvensjonen finnes internasjonale retningslinjer om vern mot passiv røyking, merking av tobakksprodukter, forbud mot tobakksreklame og hvordan beskytte tobakkspolitikk mot uønsket påvirkning. Helsedirektoratet er samarbeidspartner i EU-finansierte prosjekter på tobakksområdet.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen skal gå til å dekke spesielle driftsutgifter for Helse- og omsorgsdepartementets og Helsedirektoratets arbeid for å styrke folkehelsearbeidet innenfor blant annet områdene kosthold, fysisk aktivitet, tobakk, sosiale helseforskjeller, ulykker og skader, radon, annet miljørettet helsevern.

Post 60 Kommunetilskudd

Som oppfølging av ny folkehelselov forslås 41,3 mill kroner til partnerskap for folkehelse overført til fylkeskommenes rammetilskudd (kap. 572 post 60) for å ivareta oppgaver som følger av lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

Bevilgningen skal gå til å styrke det lokale folkehelsearbeidet basert på partnerskap regionalt og lokalt, kommunebasert utviklingsarbeid og lavterskeltilbud, samt til lokal implementering av nasjonale prioriterte satsinger på folkehelsefeltet. 5,5 mill kroner foreslås satt av til forebyggende helsearbeid i Groruddalen og Oslo Sør.

Ordningen med tilskuddsmidler til lokale folkehelsetiltak er en videreføring av det forebyggende arbeidet i Nasjonal kreftplan med satsing på kost, mosjon og røykfrihet. Ordningen er videreført i 2009 og midlene er kanalisert via de regionale folkehelsepartnerskapene. Det er lagt vekt på å støtte opp om lokale initiativ, utløse lokalt engasjement og etablere regionale ressursgrupper som støtte til arbeidet med å fremme sunt kosthold, økt fysisk aktivitet og forebygge tobakksskader med særlig vekt på å utjevne sosiale helseforskjeller.

Partnerskap for folkehelse

Det ble i 2004 etablert en tilskuddsordning for å stimulere til etablering av regionale og lokale partnerskap for folkehelse. Satsingen understøttes i St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, St.meld. nr. 12 (2006–2007) Regionale fortrinn – regional framtid og Innst. S. nr. 166 (2006–2007). Fra 2007 har alle landets fylkeskommuner mottatt statlige stimuleringsmidler. Fylkeskommunene har etablert partnerskapsavtaler med om lag 60 pst. av landets kommuner. Det er særlig de fylkene som har mottatt stimuleringsmidler i flere år som har en høy andel deltakende kommuner. Arbeidet er jevnt over godt forankret i politiske vedtak i fylkesting og kommunestyrer, samt i overordnede planer. Rapporter fra fylkene viser at ernæring, fysisk aktivitet, tobakksforebygging, rusforebygging og fremming av god psykisk helse er prioriterte innsatsområder i de fleste fylkene. Tilbakemeldinger fra fylkene viser at stadig flere kommuner ønsker å øke innsatsen i folkehelsearbeidet.

Arbeidet med en helhetlig tilnærming bl.a. ved bruk av pågående utviklingsprosjekter som Partnerskap for folkehelse, Helse i plan og Kommunehelseprofiler som sentrale og kunnskapsbaserte verktøy i folkehelsearbeidet på ulike forvaltningsnivå, er vektlagt i 2009. Ny plandel i plan- og bygningsloven, gjeldende fra 1. juli 2009 og folkehelse som del av forvaltningsreformen, støtter opp om behovet for kunnskapsbaserte virkemidler i folkehelsearbeidet.

Ny folkehelselov

Helse- og omsorgsdepartementet har i høringen om forvaltningsreformen vinteren 2008 fulgt opp kommunal- og forvaltningskomiteens flertallsmerknader, jf. Innst. S. nr. 166 (2006–2007), og departementet har vinteren 2009 hatt på ordinær høring lovforslag om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Ot.prp. nr. 73 (2008-2009) Om lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet ble fremmet for Stortinget 24. april 2009. Stortingets helse- og omsorgskomite avga sin innstilling 4. juni, jf. Innst.O. nr. 112 (2008-2009). Et lovfestet ansvar for oppgaver i det brede folkehelsearbeidet for landets fylkeskommuner og Oslo kommune, vil gi forutsibarhet og langsiktighet i dette viktige arbeidet.

Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet trer i kraft 1. januar 2010 ved gjennomføringen av forvaltningsreformen. Med den nye loven får fylkeskommunene ansvar for å:

- fremme folkehelse i egen virksomhet – som tjenesteyter, i forvaltning og planlegging, og i regional utvikling,
- være pådriver for og samordne innsats i det sektorovergripende folkehelsearbeidet regionalt og lokalt – bl.a. gjennom alliansebygging og partnerskap, med vekt på å understøtte folkehelsearbeidet i kommunene,
- ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer som har betydning for folkehelsearbeidet i fylkeskommunen og kommunene i fylket

Den nye loven innebærer at fylkeskommunene tar et helhetlig grep om folkehelsearbeidet i fylket i samarbeid med kommunene og bl.a. regionale statsetater, høgskole- og kunnskapsmiljøer, frivillige organisasjoner. Regional planstrategi ut fra lokale og regionale utfordringer og behov, vil gi grunnlag for forpliktende samarbeid eller partnerskap i gjennomføring. Videre framheves fylkeskommunenes veilederansvar etter plan- og bygningsloven overfor kommunene i rollen som samfunnsutvikler og som velferdsprodusent, jf. også forslaget om styrking av forebyggende helsetjenester i kommunene som er en oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Fylkeskommunene vil ha en sentral oppgave i å bistå kommunene i arbeidet med å forankre forbyggingsinnsatsen i kommunenes ordinære plan- og styringssystemer, herunder arbeidet med å få oversikt over helseutfordringene.

Sentrale helsemyndigheter vil bidra med faglig støtte i implementeringen av loven, herunder legge til rette for et kunnskapsbasert folkehelsearbeid og arenaer for informasjons- og erfaringsutveksling samt bidra med veiledning i bl.a. utviklingsarbeid for bedre overvåking av helseforhold. Det vises til også til omtale av saken under *Innlemming av øremerkede tillskudd i de frie inntektene i* Kapittel 2 i Prop. 1 S (2009-2010) Kommunal-og regionaldepartementet.

Helse i Plan

Det femårige Helse i Plan-prosjektet (2005–2010) er et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Miljøverndepartementet. Om lag 30 kommuner i åtte fylker er involvert i utprøvingsarbeid hvor det bl.a. legges vekt på universell utforming, fysisk aktivitet, kosthold, trygge lokalsamfunn og psykisk helse. Det er interesse for en slik systematisk arbeidsform i både fylker og kommuner med bruk av plan- og bygningsloven som verktøy. Prosjektet er på god vei til måloppnåelse, bl.a. ved at 26 av 30 kommuner så langt har nedfelt målformuleringer om folkehelse og folkehelsehensyn i kommuneplanens samfunnsdel, mens over halvparten av kommunene har realisert, eller er i ferd med å realisere, målformuleringer i samfunnsdelen til tiltak i arealdelen av kommuneplanen.

Samarbeidet med høgskoler og universiteter om kompetanseoppbygging innen plan- og prosess har så langt resultert i fire studietilbud hhv. ved Høgskolen i Vestfold, Høyskolen i Oslo, Høgskolen i Bodø og ved Høgskolen i Gjøvik. Det arbeides med å trekke flere høgskoler med i kompetanseoppbyggingen. Helsedirektoratet ivaretar prosjektledelse og oppfølging. Det foreligger underveisevalueringer fra Møreforsking og NIBR fra 2008. Sluttevalueringen vil være ferdig i desember 2009.

I 2010 skal det legges vekt på å få det regionale nivået til å ta et enda større ansvar for veiledning til kommunene om helsehensyn i planlegging etter plan- og bygningsloven. Dette er et viktig ledd i arbeidet med å videreutvikle og styrke det forpliktende samarbeidet basert på partnerskap og implementere ny folkehelselov. For å spre erfaringer fra utprøvingskommunene til flere kommuner, er en eksempeldatabase under etablering. Videre skal det utvikles veiledningsmateriell til planlegging

etter plan- og bygningsloven basert på erfaringer fra prosjektet. Helse i Plan som metodeutviklingsprosjekt avsluttes i 2010.

Groruddalen og Oslo sør

Grorudalen og Oslo sør er en områdebasert tverrfaglig satsing i Oslo kommune som involverer alle fire bydeler i Groruddalen og bydel Søndre Nordstrand, og som er videreført i 2009.Satsingen er en del av Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen, og siktemålet er å styrke innvandrerbefolkningens helse gjennom tiltak som fremmer fysisk aktivitet, gode kostvaner og sunn livsstil, herunder god tannhelse. Innsatsen rettes mot høyrisikogrupper i innvandrerbefolkningen. Bevilgningen omfatter flere delprosjekter som bygger på erfaringer fra bl.a. MoRo-prosjektet i bydel Romsås og på initiativ fra samarbeidende bydeler.

I 2008 ble 5,5 mill. kroner tildelt prosjektene STORK og Jeg KAN. I STORK Groruddalen (bydelene Bjerke, Grorud og Stovner) er helsestasjonen intervensjonsarena for å fremme sunt kosthold og fysisk aktivitet blant gravide, småbarn og deres familier. Jeg KAN (Kosthold, Aktivitet, Norsk) retter seg mot personer over 18 år i bydel Alna. Det er tildelt kr 4 190 000 til videreføring av prosjektene som ledd i Groruddalssatsingen. Det er tildelt 1 mill. kroner til oppstart av prosjektene InnvaDiab II, Mat i barnehagen tilpasset innvandrerbefolkningen og til Bjørndal Aktivitetshus i bydel Søndre Nordstrand. Organisasjonen Helseforum for kvinner i Oslo, som tilbyr veiledning og tilpassede aktiviteter for behandling og forebygging av ulike helseplager, ble tildelt kr 310 000. Bevilgningen er videreført i 2009 med 5,5 mill. kroner hvorav 4,5 mill. kroner er tildelt prosjektene i Groruddalen, og 1 mill. kroner er tildelt prosjektene i Søndre Nordstrand. Alle prosjektene rapporterer om god rekruttering og tilbudene har generert mye entusiasme og oppmerksomhet i lokalmiljøene. Det er oppnådd gode resultater i oppstartsfasen i prosjektet STORK Groruddalen gjennom blant annet kompetanseheving og utvikling av gode kartleggingsverktøy. I pilotundersøkelsen er det avdekket at flere kvinner enn forventet hadde for høye blodsukkerverdier eller andre komplikasjoner i svangerskapet, noe som har medført behov for ressurser til oppfølging og veiledning. Bevilgningen foreslås videreført i 2010.

Lavterskeltilbud for å fremme sunne levevaner

Utvikling og tilrettelegging av lokalbaserte lavterskeltilbud for å fremme sunne levevaner med vekt på fysisk aktivitet og sunt kosthold er videreført i 2009 som oppfølging av Stortingets bevilgning i 2008. I tråd med føringer for bevilgningen målrettes innsatsen mot grupper som trenger det mest, og det legges vekt på inkludering av minoritetsgrupper og på utjevning av sosiale helseforskjeller. Lavterskeltilbudene bygger på kunnskap og gode erfaringer fra liknende utviklingsarbeid, og de skal være et ledd i en prioritert satsing forankret i det kommunale plansystemet.

I 2008 ble stimuleringsmidlene fordelt med 1 mill. kroner til hvert av følgende syv fylker: Buskerud, Finnmark, Hedmark, Nordland, Oppland, Troms og Vest-Agder. Rapport ved utgangen av 2008 viser at arbeidet med utvikling og forbedring av lavterskelaktiviteter har kommet godt i gang i et utvalg kommuner i deltakende fylker. I mange kommuner legges det til rette for samarbeid mellom bl.a. kommunehelsetjenesten og Nav. Fire av kommunene i Buskerud og Nordland deltar i et forskningssamarbeid med NTNU. I løpet av 2009 er fem nye fylker inkludert: Østfold, Sogn- og Fjordane, Telemark, Aust-Agder og Sør- Trøndelag. Satsing er utvidet til også å omfatte røykeslutt.

Utviklings- og tilretteleggingsarbeidet videreføres i 2010 og skal sees i sammenheng med bl.a. oppfølgingen av grønn resept-ordningen med lavterskeltilbud for pasienter med økt risiko for sykdom relatert til levevaner, og med kvalifiseringsprogrammet for Nav. Utviklingsarbeidet skal og inngå i en styrking av forebyggende helsetjenester i kommunene som ledd i samhandlingsreformen. Se nærmere omtale i kap. 704 og kap. 762.

Det pågår et arbeid for å styrke kunnskapen om levevaner og helse i relevante grunn-, videre- og etterutdanninger. Helsedirektoratet følger opp i dialog med de medisinske fakultetene, og er i kontakt med flere høgskoler som ønsker økt fokus på levevaner og helse i sine studietilbud. Aktivitetshåndboken for leger og annet helsepersonell som Helsedirektoratet utga i 2009, kan være egnet som lærebok i ulike helseprofesjonsutdanninger i tillegg til å være oppslagsverk i den kliniske hverdagen, samt i livsstilsveiledning og tilrettelegging ovenfor risikogrupper.

Med utgangspunkt i «Nordisk handlingsplan for bedre sunnhet og livskvalitet gjennom mat og fysisk aktivitet» i regi av Nordisk Ministerråd, er det etablert et nordisk nettverk for samarbeid om fysisk aktivitet og kosthold på resept. Planlagte tiltak gjennomføres i perioden 2008–2010. Nettverket består av fagpersoner fra Helsedirektoratet (Norge), Sundhedsstyrelsen (Danmark) og Statens Folkhälsoinstitut (Sverige). Regionalt og kommunalt nivå er også representert i nettverket. Nettverket administreres av Nordiska Högskolan för

Folkhälsovetenskap, og har mottatt økonomisk støtte fra Nordisk Ministerråd.

Post 70 Smittevern mv.

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

Forebygging av hiv og seksuelt overførbare infeksjoner

En ny nasjonal hivstrategi Aksept og mestring for perioden 2009-2014 ble lansert i juni 2009. Det overordnede siktemålet er et samfunn som aksepterer og mestrer hiv på en måte som både begrenser nysmitte og gir personer som lever med hiv gode livsbetingelser. Det er seks departementer som sammen står bak strategien, som har følgende to hovedmål: 1) Nysmitte med hiv skal reduseres – særlig i grupper med høy sårbarhet for hiv. 2) Alle som er smittet av hiv skal sikres god behandling og oppfølging uansett alder, kjønn, seksuell orientering og/eller praksis, bosted, etnisk bakgrunn og egen økonomi.

Strategien er innrettet mot å øke kunnskapen og bevisstheten om hiv og aids i befolkningen, redusere stigma og diskriminering knyttet til hiv, redusere nysmitte – særlig blant sårbare grupper, redusere mørketall og tidlig avdekking av hivinfeksjon; test, utredning, diagnostikk og tilpasset rådgivning, fjerne barrierer for tilgang til medisinsk behandling og helhetlige behandlingstilbud basert på god samhandling mellom aktører i helsetjenestene. Videre skal strategien bidra til å sikre hivpositive full deltagelse i arbeidslivet, videreføre internasjonalt samarbeid og innsats og følge opp internasjonale forpliktelser i arbeidet med hiv og aids, bidra til å styrke forskning om forebygging og behandling av hiv, samt monitorering og evaluering av forekomst, risikofaktorer og effekter av tiltak.

I 2008 ble det diagnostisert 299 nye hiv-smittede i Norge, 182 menn og 117 kvinner. Dette er en økning fra tidligere år, og skyldes i hovedsak en betydelig økning i antallet flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente som er smittet før ankomst til Norge og fortsatt økning i smitte mellom menn som har sex med menn.

Antall hivtilfeller blant menn som har sex med menn økte fra 77 i 2007 til 92 i 2008. Nærmere halvparten er smittet i Oslo. Flertallet av de som påvises heteroseksuelt smittet er innvandrere smittet i opprinnelig hjemland før ankomst til Norge. Av til sammen 185 personer var 139 av utenlandsk opprinnelse smittet før de kom til Norge. Det ble påvist 12 hivpositive injiserende stoffmisbrukere i 2007. 4 barn ble meldt perinatalt smittet i 2008, alle født i utlandet. Totalt var det ved utgangen av 2008 diagnostisert 4 086 hivsmittede i Norge, 2 748 menn og 1338 kvinner.

I 2008 ble det diagnostisert 23 488 tilfeller av genital klamydiainfeksjon. Det utgjør en økning på 2,7 pst. fra året før. Økningen i diagnostiserte tilfeller øker på tiende året, men økningen fra 2007 til 2008 er imidlertid lavere enn observert tidligere år. I 2008 var 61 pst. av de diagnostiserte kvinner. Aldersgruppene under 25 år utgjorde 69 pst. av alle klamydiatilfellene. Det testes imidlertid mer i aldersgruppene over 24 år med en lavere prevalens, enn i risikogruppene under 25 år. Det kan derfor være behov for ytterligere intensivering av målrettet testing.

Forekomst av gonoré i den generelle befolkningen er relativt lav med totalt 301 diagnostiserte gonorétilfeller i 2008. Antall tilfeller har økt noe både blant heteroseksuelt praktiserende kvinner og menn og blant menn som har sex med menn i forhold til 2007.

I 2008 ble det meldt 56 tilfeller av syfilis mot 61 tilfeller i 2007. Blant menn som har sex med menn har forekomsten av syfilis gått noe ned i forhold til 2007, men utgjør stadig en høy andel med 43 påviste tilfeller i 2008. Generelt er både gonoré og syfilis svært sjeldne sykdommer blant kvinner og ungdom i Norge.

Arbeidet med å redusere forekomsten av seksuelt overførbare infeksjoner, særlig blant menn og ungdom, skal videreføres og målrettes bedre. Forebyggende tiltak, testing, smitteoppsporing og oppfølging tilpasset de ulike målgruppene skal prioriteres. Lett tilgang på kondomer i tillegg til god handlings- og mestringskompetanse i seksuelle situasjoner er en avgjørende strategi. Hovedstrategien for å forebygge alle former for seksuell uhelse er å styrke seksuell autonomi hos alle grupper. Dette er en videreføring av grunnpremissene i Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort, jf. kap. 762, post 73.

I lys av det økende antallet kvinner og menn som lever med hiv, skal det legges vekt på å styrke tilbudene om psykososial oppfølging i tjenesteapparatet og organisasjonene. Erfaringer fra arbeid overfor hivpositive innvandrere viser at det er store utfordringer knyttet til hivstatus også i enkelte innvandrermiljøer. Kvinner med innvandrerbakgrunn utgjør fortsatt en økende andel av hivpositive, og det skal settes inn tiltak som er tilpasset kvinners særskilte behov.

Evalueringen av strategiplanen Ansvar og omtanke i 2008, fremhever blant annet at det må settes i gang flere tiltak, særlig til sårbare grupper for hiv, og at tiltakene i større grad må skreddersys gruppene.

Fafo gjennomførte i 2008/2009 en undersøkelse av livskvalitet og levekår blant mennesker som lever med hiv. Fafo konkluderer blant annet med at den medisinske utviklingen de senere årene har kommet langt. Antivirale medikamenter og behandlingsregimer har bedret utsiktene for hivpositive til å kunne leve lange og gode liv med fravær av symptomer og plager og innvirker dermed positivt på hivpositives levekår. På tross av fremgangen når det gjelder medisinutvikling, viser Fafos materiale at det ikke har skjedd en tilsvarende utvikling når det gjelder åpenhet, kunnskap om hiv og holdninger i samfunnet.

Hiv-Norge og Helseutvalget er evaluert i 2008. Begge evalueringene påpeker at det gjøres mye godt og målrettet arbeid i organisasjonene, men begge må spisse og rendyrke sine kjerneområder for at arbeidet skal være tilstrekkelig effektivt.

I en kvalitativ forundersøkelse av afrikanere i Norge (Institutt for allmennpraksis og samfunnsmedisin UIO 2008) konkluderes det med at de fleste respondentene har lite eller gal kunnskap om hiv, og at lite adekvat informasjon om dette har nådd fram til gruppen siden ankomst til Norge.

Forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens

Infeksjoner som oppstår som følge av opphold i helseinstitusjoner påfører pasientene økte lidelser, og i noen tilfeller død, og representerer store utgifter for helsetjenesten. Det er ikke mulig å fjerne helt risikoen for slike infeksjoner. De mest omfattende infeksjoner ervervet i helseinstitusjoner skjer ofte med antibiotikaresistente bakterier. Smittevernarbeid i helsetjenesten er derfor nødvendig både for å redusere slike infeksjoner og for å motvirke resistens.

Situasjonen i Norge er gunstig på disse områdene sammenliknet med andre land. Det ble våren 2008 lansert en ny nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012). Det er fem departementer som sammen står bak strategien, og nasjonale mål for perioden er:

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

Det er bl.a. utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer for forebygging av antibiotikaresistens i primærhelsetjenesten, som er sendt alle fastleger.

Øvrig smittevern

Med relevans for tuberkulosearbeidet i Norge, er det fastsatt en forskrift om ny forskrift om Tuberkulosekontroll, forskrift om endring av forskrift om MSIS og Tuberkuloseregisteret og forskrift om endring av blåreseptforskriften. Forskriftsendringene trådte i kraft fra 1. mars 2009.

Arbeidet med en veileder om håndtering av avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste vil fortsette, og det tas sikte på sluttføring i løpet av 2009.

For omtale av pandemiberedskap og ny influensa A(H1N1), vises det til kap. 702.

Post 73 Fysisk aktivitet

Formålet med bevilgningen er å fremme fysisk aktivitet i et folkehelseperspektiv som ledd i forebyggende helsearbeid. Utjevning av sosiale forskjeller i aktivitetsvaner og helse er sentralt i arbeidet.

Regelmessig fysisk aktivitet gir positive helseeffekter fysisk, psykisk og sosialt, reduserer dødelighet og sykelighet generelt, og bidrar til bedret funksjonsevne og økt livskvalitet gjennom hele livsløpet. Variert fysisk aktivitet er nødvendig for normal vekst og utvikling hos barn og unge.

Undersøkelser på befolkningsnivå viser at treningsaktiviteten på fritiden holder seg stabil. Syv av ti voksne trener eller mosjonerer minst en gang hver uke. Gange er den vanligste aktiviteten fulgt av skiturer og jogging. Forskning viser en sterk sosial gradient i trening og aktivitetsvaner. De med høyest utdanning trener mest. Til tross for at aktivitetsnivået på fritid opprettholdes, har et dagligliv med mindre krav til fysisk aktivitet bidratt til at det totale aktivitetsnivået er redusert.

En kartlegging blant barn og unge i 2005-2006 viser at ni av ti niårige gutter og tre av fire niårige jenter har et aktivitetsnivå i samsvar med faglige anbefalinger om minst en time daglig fysisk aktivitet. Aktivitetsnivået synker kraftig med alderen – bare om lag halvparten av 15–åringene er aktive minst en time daglig. Studier viser en urovekkende økning i barn og unges sittetid; spesielt foran PC og TV. Tenåringsgutter i Norge bruker i snitt 44 timer pr uke, etter skoletid, på skjermaktiviteter.

En tilsvarende kartlegging av fysisk aktivitetsnivå fra 2009 blant voksne i alderen 20 til 85 år,

viser at 22 pst. av kvinnene og 18 pst. av mennene oppfyller anbefalingene om minst 30 minutters daglig moderat fysisk aktivitet. Aktivitetsnivået er høyere blant personer med høyere utdanning sammenlignet med personer med grunnskole eller videregående skole som høyest fullført utdanning.

Tilskudd til lavterskel fysisk aktivitet

Midlene på posten har i 2009 gått til tilskuddsordningen til forebyggende helsearbeid gjennom økt fysisk aktivitet i regi av frivillige organisasjoner og til tiltak i Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005-2009) under Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområder.

I likhet med 2007 og 2008 er det i 2009 tildelt 500 000 kroner til hvert av landets fylker ved de regionale folkehelsepartnerskapene ved fylkeskommunen for kanalisering til lokale lag og foreninger. Dette gir mulighet for å se tilskuddsordningen i sammenheng med andre ordninger som fylkeskommunen og/eller fylkesmannen rår over. Lokalbaserte aktiviteter rettet mot fysisk inaktive, særlig blant barn og unge, er prioritert. Tilskuddsordningen er evaluert av Møreforsking og Høgskolen i Volda. Rapporten «Frå sofaen til sykkelsetet» ble lagt fram i 2008. Evalueringen viser at ordningen stimulerer til et bredt spekter av aktiviteter i regi av ulike lag og foreninger og at den er viktig for grupper som faller utenfor de ordinære aktivitets- og idrettstilbudene. Evalueringen viser videre at ordningen har medvirket til økt fokus på lavterskel fysisk aktivitet både regionalt og lokalt, at forvaltningen av ordningen er formålstjenlig, men at fokus ytterligere bør rettes mot spesifikke målgrupper. Evalueringen viser også at det er stor etterspørsel etter midler til lokalbaserte aktiviteter. Tilskuddsordningen videreføres i 2010.

Som oppfølging av Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007–2008) er Norges Bedriftsidrettsforbund innvilget et tilskudd på 1 mill. kroner i 2008 til planlegging og gjennomføring av Sykle til jobben-aksjonen. Tilskuddet er videreført i 2009. Videre er Friluftsrådenes Landsforbund innvilget tilskudd i 2008 og 2009 til satsingen friluftsliv og folkehelse. Landslaget for Fysisk Fostring i skolen fikk i 2007, 2008 og 2009 tilskudd til sitt arbeid med informasjons- og kunnskapsformidling samt kompetansehevingstiltak overfor kroppsøvingslærere.

Innenfor rammen av føringer i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2008-2009) er Norges Idrettsforbund og olympiske og paralympiske komitè (NIF) gitt et tilskudd på 10,5 mill. kroner til forebyggende helsearbeid gjennom fysisk aktivitet. Følgende områder er prioritert i 2009: 1) Styrking av arbeidet med idrett for funksjonshemmede, 2) «Et sprekere Norge» i regi av Norges bedriftsidrettsforbund, og 3) Idrettslig lavterskeltilbud for fysisk inaktive og andre utsatte grupper. NIF er i løpet av 2009 innvilget et ytterligere tilskudd på 750 000 kroner til satsingen, hvorav 500 000 kroner over Kap 719, post 21. Det vil bli utarbeidet en samlet plan for satsingen på folkehelse og fysisk aktivitet i regi av idrettsorganisasjonene. Satsingen i regi av norsk idrett foreslås videreført og styrket med 4 mill. kroner i 2010. Midlene skal gå til aktivisering av fysisk inaktive, herunder fysisk inaktive barn og unge som faller utenfor de ordinære idrettstilbudene. Innenfor disse rammene må NIF prioritere prosjektet Campus Guldbergaunet på Steinkjer – fysisk aktivitet i skolen, testing og prøving. Forslaget til styrking inngår som en del av satsingen på forebyggende helsetjenester i regi av Samhandlingsreformen.

Kunnskap og kompetanse

Blant innsatsområdene i Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005-2009) er styrking av kunnskapsgrunnlaget og kompetanseutvikling innen feltet fysisk aktivitet og helse, samt arbeid for å motivere til fysisk aktivitet og bruk av fysisk aktivitet i helsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet vil ut over handlingsplanperioden arbeide videre med utfordringer på disse områdene.

Forebygging i helsetjenesten

Helsedirektoratet utga i 2009 Aktivitetshåndboken – et omfattende oppslagsverk for helsepersonell om hvordan fysisk aktivitet kan brukes i forebygging og behandling. Håndboken presenterer konkrete anbefalinger for bruk av fysisk aktivitet i behandlingen av 33 ulike diagnoser og tilstander. Den omhandler også fysisk aktivitet i et folkehelseperspektiv med fokus på motivasjon, tilrettelegging og generelle aktivitetsanbefalinger for ulike aldersgrupper. Aktivitetshåndboken er distribuert til alle landets kommuner herunder til alle fastleger og kommuneleger.

Utvikling av lokalbaserte lavterskeltilbud rettet mot fysisk inaktive og grupper med spesielle behov, herunder kompetansehevingstiltak, pågår. Det vises til omtale under kap. 719 post 60.

I 2008 ble det startet arbeid med å utvikle treningsprogram som styrker dagligdagse motoriske ferdigheter hos eldre. Treningsprogrammet ferdigstilles i 2009, og det legges en plan for implementeringen.

Dokumentasjon

Arbeidet med et overvåkingssystem for fysisk aktivitet i befolkningen pågår og vil fortsette i 2010. Kartlegginger blant både barn og voksne er i den forbindelse gjennomført. For å kunne følge utviklingen i fysisk aktivitet i forhold til alder, kjønn, geografi og sosioøkonomisk status, vil slike kartlegginger gjennomføres jevnlig. Oppstart for neste kartlegging av fysisk aktivitet blant 9- og 15-åringer planlegges til 2010. Videre er det etablert samarbeid med berørte departementer og faginstanser om en bedre samordning av data i befolknings- og utvalgsundersøkelser.

En spørreundersøkelse om anbefalingene for fysisk aktivitet gjennomført i 2008, viste at 23 pst. av den voksne befolkning kjente til anbefalingene om minst 30 minutter daglig aktivitet. Siden starten av handlingsplanen i 2005 er dette en økning på 12 pst.

Rapporten «Tiltak for økt fysisk aktivitet blant barn og ungdom» fra 2008, er en systematisk litteraturgjennomgang med utgangspunkt i oversiktsstudier som beskriver hva vi vet om effektive tiltak på ulike arenaer for å fremme økt fysisk aktivitet blant barn og unge. Skolebaserte tiltak er blant de tiltak som kommer best ut. En kunnskapsoppsummering som gjelder voksne er planlagt gjennomført i 2009/2010.

Temaheftet «Barn og fysisk aktivitet» i regi av Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet , ble utgitt i 2009. Heftet som er et ledd i foreldreveiledningsprogrammet og et tiltak i Handlingsplanen for fysisk aktivitet, er sendt til alle landets kommuner.

Rapporten «Determinanter for økt fysisk aktivitet blant inaktive voksne» ble utgitt i 2009 og bygger på en spørreundersøkelse av et landsrepresentativt utvalg. Rapporten har fokus på sentrale individuelle, psykososiale og strukturelle faktorer for at inaktive skal komme i gang med regelmessig fysisk aktivitet. Rapporten avdekker bl.a. at 76 pst. av de fysisk inaktive ønsker å bli regelmessig fysisk aktiv.

Som del av kommunikasjonsstrategien er det etablert et eget nettsted, www.1-2-30.no og nyhetsbrev. Det er en jevn økning i antall besøkende på nettstedet og antall abonnenter på nyhetsbrevet er fordoblet det siste året. Det er avholdt konferanser for de fylkesvise ressursgruppene for fysisk aktivitet, møte i Forum for fysisk aktivitet samt lagt til rette for formidling av dokumentasjon på feltet.

Samarbeidstiltak på ulike arenaer

Arbeidet for trygg og aktiv transport pågår i samarbeid med relevante myndigheter, herunder dialog og samarbeid mellom Vegdirektoratet og Helsedirektoratet bl.a. om oppfølging av Nasjonal sykkelstrategi og om utviklingen av en gå-strategi. Samtidig legges det vekt på å ivareta hensynet til fysisk aktivitet i planlegging. Som ledd i Helse i plan-prosjektet ble det i 2008 valgt ut tre kommuner som pilot med spesiell oppmerksomhet på fysisk aktivitet, jf. omtale under kap. 719 post 60. Satsingen er videreført i 2009 og vil fortsette i 2010.

Det har gjennom 2009 vært et godt samarbeid mellom utdannings- og helsemyndighetene om tilrettelegging for mer fysisk aktivitet i skolen. Det vises også til omtale under kap. 711 post 21.

Arbeidsplassen er en viktig arena for å sikre livskvalitet og helse for den voksne befolkning. Helsedirektoratet har i samhandling med Arbeidstilsynet, folkehelseprogram i syv fylker og med 49 statlige, kommunale og private virksomheter gjennomført kompetanseprogrammet med utgangspunkt i arbeidsmiljøloven. NAV, LO og NHO har vært sentrale samarbeidspartnere, og staten har vært involvert gjennom hovedtariffavtalen og IA-avtalen. Evalueringen så langt viser at programmet har god pedagogisk tilnærming og en positiv utvikling, og den viser vilje i deltakervirksomhetene til å tilrettelegge for helsefremmende tiltak som bl.a. fysisk aktivitet.

Det treårige arbeidsmiljøprosjektet Aktive sykehus i perioden 2007-2009 involverer 12 sykehusenheter i fem helseforetak i de fire helseregionene. Målet med prosjektet er å bidra til økt fysisk aktivitet, fremme trivsel generelt og bidra til redusert sykefravær blant ansatte. Videre er det et mål at arbeidsmiljøtiltak med vekt på fysisk aktivitet skal innarbeides som et varig innslag i HMS-arbeidet ved sykehusene, samt at erfaringer som høstes gjennom prosjektet kommer andre sykehus til nytte. Norges bedriftsidrettsforbund ivaretar prosjektledelse og ansvar for den faglige delen i samarbeid med deltakende sykehusenheter. Prosjektet er under evaluering og rapport vil foreligge vår 2010 ved prosjektets avslutning.

Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005–2009) er inne i siste år av handlingsplanperioden. Åtte departementer har bidratt med virkemidler og tiltak innenfor sine ansvarsområder. Rapport fra den pågående evalueringen vil foreligge høst 2009 og gi grunnlag for strategivalg i videre satsing for å styrke folkehelsen gjennom økt fysisk aktivitet i befolkningen.

Post 79 Andre tilskudd (kan overføres)

Formålet med bevilgningen er tilskudd til oppfølging av handlingsplaner, forskningsinstitusjoner og frivillige organisasjoner mv. på folkehelseområ-

det. Bevilgningen dekker tilskudd til Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner, befolkningsundersøkelsen Hunt (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag), tilskudd til nasjonal strategi for forebygging og behandling av Astma og allergisykdommer (2008-2012), og tilskudd til ny nasjonal strategi for det ulykkesforebyggende arbeidet, herunder oppfølging og publisering av skadedata til regionalt og lokalt nivå. Støtte til Skadeforebyggende forum og regionale og lokale prosjekter, herunder Trygge lokalsamfunn, dekkes også over denne posten. Det vises for øvrig til omtale under kap. 719 post 21.

Programkategori 10.20 Helseforvaltning

Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
720	Helsedirektoratet	511 834	790 588	833 844	5,5
721	Statens helsetilsyn	76 963	75 467	84 771	12,3
722	Norsk pasientskadeerstatning	119 775	120 490	139 286	15,6
723	Pasientskadenemnda	31 765	30 479	34 688	13,8
724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	224 481	255 011	24 513	-90,4
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	149 438	100 340	112 932	12,5
726	Statens helsepersonellnemnd	156 194	138 347	6 060	-95,6
727	Tannhelsetjenesten	67 998	65 878		-100,0
728	Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjons-diagnostikknemnda	64 342	73 565	3 624	-95,1
729	Pasient- og brukerombud	246 857	262 160	54 062	-79,4
	Sum kategori 10.20	1 649 647	1 912 325	1 293 780	-32,3

Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
01-23	Statens egne driftsutgifter	1 013 357	1 256 241	1 261 750	0,4
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	228 364	260 313		-100,0
70-89	Andre overføringer	407 926	395 771	32 030	-91,9
	Sum kategori 10.20	1 649 647	1 912 325	1 293 780	-32,3

Kategori 10.20 Helseforvaltning omfatter virksomheter som retter seg mot spesialisthelsetjenester og helsetjenester i kommuner og fylkeskommuner.

Kap. 720 Helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
01	Driftsutgifter	413 860	692 067	732 421
21	Spesielle driftsutgifter	45 162	43 511	44 653
22	Elektroniske resepter, *kan overføres*	52 812	55 010	56 770
	Sum kap. 720	511 834	790 588	833 844

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er 1 mill. kroner flyttet fra kap. 720, post 01 til kap. 782, post 21.

Post 01 Driftsutgifter

Ansvar og organisering

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

- Ha ansvar for å følge med på forhold som påvirker folkehelse, samt å følge med på utviklingen i helsetjenesten. På dette grunnlag skal direktoratet gi råd og veiledning om strategier og tiltak overfor sentrale myndigheter, regionale og lokale myndigheter, helseforetakene, frivillige organisasjoner, privat sektor og befolkningen
- Sammenstille kunnskap og erfaring i faglige spørsmål og opptre nasjonalt normerende på utvalgte områder
- Være et kompetanseorgan som myndigheter, ulike sektorer, tjenesteapparat, interesseorganisasjoner, fag- og utviklingsmiljøer, samt media ser det som naturlig å henvende seg til
- Inneha spisskompetanse på helselovgivningen i Norge

Direktoratet har en rekke forvaltningsoppgaver, herunder myndighet til å anvende og fortolke lov og regelverk innenfor helsesektoren. Helsedirektoratet skal sikre at vedtatt politikk iverksettes på helseområdet i tråd med styringssignalene fra departementet.

Direktoratet skal ha følgende hovedfokus i sitt arbeid:

- Bedre kvalitet i helsesektoren
- Redusere forskjellene i helse og levekår
- Fremme faktorer som gir god helse i befolkningen
- Bedre grunnlaget for sosial inkludering for alle

Direktoratets arbeidsmåte skal være kunnskapsbasert, tverrfaglig og helhetlig og skje i samarbeid med andre aktører nasjonalt og internasjonalt. Direktoratet har også ansvar for å se helse i et globalt perspektiv. Direktoratet skal ha et særskilt fokus på samhandling, både mellom ulike fagprofesjoner og på tvers av tjeneste- og forvaltningsnivå.

Resultatrapportering 2008

I 2008 ble det gjennomført to organisatoriske endringer i statsforvaltningen med stor betydning for direktoratet. Først ble Sosial- og helsedirektoratets arbeid med sosialtjenesten samordnet med NAV våren 2008. Direktoratet fikk Helsedirektoratet som nytt navn. Deretter ble helserefusjonsforvaltningen, som tidligere lå i NAV, overført til Helsedirektoratet med virkning fra 1. januar 2009. De to organisatoriske endringene har samlet medført en fordobling av årsverk i Helsedirektoratet, hvor halvparten av alle ansatte jobber i Helseøkonomiforvaltningen (HELFO).

Helsedirektoratet har arbeidet videre med å analysere og forstå utfordringsbildet i norsk helsetjeneste. Etatens tilnærming er å avdekke faktorer som virker begrensende på utviklingen av befolkningens helse, å identifisere helsetjenestens begrensninger og muligheter og samfunnsmessige utviklingstrekk som skaper de største utfordringene.

Økende sosial ulikhet i helse, stort fremtidig personellbehov pga. endret demografi, en relativ ubalanse med større vekst i spesialisthelsetjenesten enn primærhelsetjenesten og i folkehelsearbeidet, samt styring, samordning og (elektronisk) informasjonsutveksling er blant helsesektorens største utfordringer. Direktoratet har lagt stor vekt på tverrsektorielt samarbeid. Fysisk aktivitet og deltakelse i arbeidslivet er nøkkelfaktorer for å oppnå god helse i befolkningen.

Rusarbeidet er styrket gjennom opptrappingsplanen. Direktoratets arbeid er innrettet mot bedre forebygging, kontroll og tilgjengelige og fleksible tjenester. 2008 var det siste året for opptrappingsplanen for psykisk helse. De aller fleste objektive

mål i opptrappingsplanen er nådd. Området psykisk helse står imidlertid fortsatt overfor betydelige utfordringer.

I 2008 har etaten lagt vekt på å beskrive hvilke justeringer primærhelsetjenesten har behov for. Helsedirektoratet har bidratt med vurderinger i forhold til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, allmennlegefunksjonen, kommunelegefunksjonen og legevaktstjenesten. På omsorgsfeltet har arbeidet med bedre demensomsorg og kompetanseutvikling hatt stor oppmerksomhet. Habiliterings- og rehabiliteringstjenestene illustrerer spesielt samhandlingsutfordringene i tjenestene. Direktoratet arbeider for å styrke individuell plan og de koordinerende enhetene i kommunene og foretakene. Direktoratet har sett det som viktig å understøtte initiativer med tanke på bedre samordning, prioritering og kvalitetsarbeid. Ledelsen i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering og beredskapsarbeidet har hatt høy prioritet.

Sammen med de regionale helseforetakene og fagmiljøene lager Helsedirektoratet prioriteringsveiledere på 32 fagområder. Veilederne skal bidra til bedre prioriteringspraksis i forhold til pasienter som er henvist til spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet har også ledet arbeidet med å ferdigstille nasjonale retningslinjer på kreftfeltet. Sju retningslinjer ble gitt ut i 2008, og ytterligere 15 skal ferdigstilles.

Arbeidet med pasientsikkerhet, legemiddelhåndtering, prehospitale tjenester, brukerinformasjon og videreutvikling av direktoratets forvaltningskapasitet har hatt høy prioritet. Helsedirektoratet har lagt stor vekt på arbeidet med finansiering av spesialisthelsetjenesten. Arbeidet med nytt norsk pasientregister og gode klassifikasjonssystemer har stor betydning både for dette arbeidet og for kvalitetsutviklingen i tjenesten. Den nevnte overføringen av helserefusjonsordningen gir Helsedirektoratet mer omfattende oppgaver knyttet til finansieringen av hele helsetjenesten.

Gjennom 2008 har Helsedirektoratet styrket sitt internasjonale arbeid med Verdens helseorganisasjon. Direktoratets direktør er valgt til styreleder for WHO i Europa. Blant de mest prioriterte arbeidsfeltene er å utarbeide gode internasjonale retningslinjer for rekruttering av helsepersonell og bidra til redusert sosial ulikhet i helse. Helsedirektoratet deltok også aktivt i utarbeidelsen av WHO Europas» Tallin-charter» om prinsipper for helsesystemer. Direktoratet utgir i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet ett felles årlig rundskriv – Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskuddsmidler (IS-1) som blir distribuert til landets kommuner, fylkesmenn, landets fylkeskommuner og regionale helseforetak.

Helseøkonomiforvaltningen

Helserefusjonsområdet ble overført til Helsedirektoratet 1. januar 2009. Målet med endringen er å styrke helseforvaltningen ved at Helsedirektoratet får et mer helhetlig ansvar for finansieringsordningene i helsetjenesten. Det er et godt utgangspunkt for å se finansieringssystemene i sammenheng, forbedre tjenestene og styrke kontroll og styringssystemene. Samtidig med overføringen av saksområdet ble den tidligere Helsetjenesteforvaltningen overført fra NAV til å bli en avdeling under Helsedirektoratet, og fikk navnet Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). Følgende overordnede mål er knyttet til helserefusjonsområdet:

- Bedre tjenester til brukerne
- Rett ytelse til rett tid
- Enklere regelverk
- Effektiv ressursbruk knyttet til forvaltning av helserefusjonsområdet
- Se finansieringsordninger i sammenheng

HELFO skal arbeide i forhold til følgende hovedmål:

- Forvalte finansieringsordningene på en korrekt og effektiv måte
- Ivareta brukernes rettigheter og yte profesjonell service
- Gi faglig grunnlag for statens styring og utvikling av samfunnets velferdsordninger på helsetjenesteområdet
- Være et aktivt utviklingsmiljø for å sikre kvalitet, brukerorientering og effektivitet i forhold til de virkemidler og rammebetingelser som gjelder for helsetjenesteoppgavene

HELFO består av seks regionale, samt en nasjonal enhet som:

- Behandler, kontrollerer og utbetaler refusjonskrav
- Behandler legemiddelsøknader
- Kontrollerer legenes forskriving av legemidler på blå resept
- Behandler tannhelsesaker
- Behandler saker om helsetjenester i utlandet
- Administrerer fastlegeordningen

For 2009 er det inngått tjenesteavtaler mellom Helsedirektoratet og NAV om støtteprosesser på helserefusjonsområdet. Tiltak som direktoratet har ansvar for finansieres delvis over direktoratets driftskapittel og dels over andre kapitler. Omtalen av politikk og tilstandsvurdering innenfor direktoratets virksomhetsområder og tverrgående satsningsområder er omtalt under andre kapitler i denne proposisjonen.

Merknader til budsjettforslaget

Stortinget har vedtatt et lovforslag om en ny refusjonsordning for helsehjelp i andre EØS-land, jf. Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) og Innst. O. nr. 134 (2008-2009). Ordningen vil gi norske pasienter større valgfrihet med hensyn til om de vil motta helsehjelp i Norge eller i andre EØS-land. Det er lagt til grunn at Helsedirektoratet skal administrere ordningen, og at regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommunene skal dekke refusjonsutgiftene for de tjenestetyper de har «sørge for»- ansvaret for. Det tas sikte på at ordningen vil tre i kraft i løpet av 2010. Det foreslås bevilget 3 mill. kroner til dekning av Helsedirektoratets økte driftskostnader.

Ved Stortingets behandling av Ot.prp. nr. 83 (2008 – 2009) er Helsepersonelloven endret slik at Helsedirektoratet ikke lenger har adgang til å delegere myndighet til private yrkesorganisasjoner til å behandle søknader om spesialistgodkjenning, se omtale under kapittel 783. Helsedirektoratet skal i løpet av 2010 og 2011 forberede overtakelse av oppgaven. Bevilgningen foreslås styrket med 1,5 mill. kroner til arbeidet.

Helsedirektoratet er tillagt oppgaven som databehandlingsansvarlig og databehandler for det nye Norsk pasientregister (NPR). Etableringen av nye NPR medfører behov for investeringer i IT- og sikkerhetsløsninger, samt oppbygging av juridisk og sikkerhetsfaglig kompetanse. Det foreslås bevilget 2 mill. kroner til formålet.

I forbindelse med endringer i strukturen på abortnemndene, jf. Ot.prp. nr. 27 (2008-2009), ble det bestemt at dagens regionale klagenemnder skal erstattes av en sentral klagenemnd. Videre ble det fastsatt at Kongen skal utpeke nemndsmedlemmene. De foreslåtte endringene innebærer at arbeidet med abortklagenemndene hos Fylkesmennene og helseforetakene bortfaller. Oppgavene tillegges i stedet Helsedirektoratet, som vil fungere som sekretariat for den sentrale klagenemnda og dessuten vil administrere utbetaling av godgjøring til nemndsmedlemmene. Det foreslås å overføre 1 mill. kroner fra basisbevilgningene til de regionale helseforetakene, jf. Kap. 732, til Helsedirektoratet til dekning av utgifter som sekretariat og til dekning av lønn og reiser til nemndsmedlemmene.

Ved virkning fra 1. januar 2009 overtok Helsedirektoratet ansvaret for forvaltning av helserefusjonsområdet fra Arbeids- og velferdsdirektoratet. Unntatt herfra var ansvaret for forvaltning av takordningene på egenandelsområdet (tak1 og tak2). Det er besluttet at Helsedirektoratet i 2010 overtar ansvaret for forvaltning av takordningene. I den forbindelse forslås det å overføre 21,5 mill. kroner fra Arbeids- og velferdsdirektoratet til Helsedirektoratet (HELFO). I egen lovproposisjon, som Helse- og omsorgsdepartementet vil legge frem i høst vil det bli foreslått nødvendige lovendringer som gjør det mulig å etablere en automatisk frikortordning i 2010. Det vises også til omtale under programområde 30.

Opptrappingsplanen for psykisk helse er avsluttet, men oppgavene og ansvaret til Helsedirektoratet er uendret. Det foreslås overført 3,2 mill. kroner til Helsedirektoratets arbeid med oppfølging av tjenestene i kommunene og spesialisthelsetjenesten, utvikling av kvalitets- og indikatorsystem, faglige veiledere og bedre rapportering mv.

Det foreslås overført 0,8 mill. kroner til Helsedirektoratets arbeid med å bedre datakvaliteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og 0,4 mill. kroner til arbeidet med nasjonale kvalitetsindikatorer i Norsk pasientregister.

Ansvaret for de regionale forskningsetiske komiteer er flyttet til Kunnskapsdepartementet. Det foreslås å flytte 0,5 mill. kroner fra Helsedirektoratets budsjett.

Bevilgningen foreslås redusert med 0,5 mill. kroner til finansiering av The Campbell Collaboration under Kunnskapssenteret.

I løpet av høsten 2009 vil en stilling overføres fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet sammen med oppgaver innenfor beredskapsfeltet. Lønnsmidler til stillingen på 650 000 kroner for 2010 overføres fra kap. 700, post 01 til kap. 720, post 01.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Hoveddelen av bevilgningen dekker Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-2013 (Samspill 2.0). Visjonen for Samspill 2.0 er helhetlige pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samhandling. Samspill 2.0 viderefører og konkretiserer prioriteringer og styringssignaler i Nasjonal helseplan. Strategien tar sikte på realisering og konsolidering av tidligere mål, og legger opp til strammere styring og sterkere lokal forankring.

Utvikling av nasjonal kjernejournal

Det er ofte i akutte situasjoner viktig å ha tilgang til vital informasjon om den enkelte pasient ved innleggelser eller ved behandling ved annet legekontor enn hos fastlege. En stor del av behovet i den sammenheng kan dekkes ved rask tilgang til samlet nødvendig og basal informasjon i strukturert form, heretter kalt kjernejournal. En samlet struk-

turert kjernejournal kan blant annet inneholde medisinkort, pasientens allergier, kontaktinformasjon, f.eks. fastlege, nærmeste pårørende og indeks over hvor pasienten har vært behandlet tidligere. Usikkerhet omkring medisinske opplysninger er en viktig innleggelsesårsak og legevakten står for om lag halvparten av sykehusinnleggelsene i Norge. Tilgang til kjerneopplysninger om pasienter vil kunne endre situasjonen og forhindre at eldre og kronisk syke unødvendig blir utsatt for de store belastningene som en sykehusinnleggelse innebærer. Kjernejournal vil kunne forebygge utilsiktede hendelser i diagnostikk og behandling og gi økt trygghet for helsepersonell og pasienten.

En kjernejournal forutsetter en nasjonal sikkerhetsløsning der behandlende helsepersonell er klarert for å hente vital informasjon som for eksempel epikriser.

Det tas sikte på at pasienten også kan få tilgang til de opplysninger som overføres til kjernejournalen. Det vil bidra til at pasienten i større grad får medinnflytelse og derved sikre korrekt informasjon ved at feil og mangler oppdages av pasienten selv.

Helse- og omsorgsdepartementet vil på denne bakgrunn utrede utvikling av såkalt Nasjonal kjernejournal. Sentrale elementer i utredningen vil være lovgrunnlag, tekniske løsninger, pilotering mv.

Post 22 Elektroniske resepter

eReseptprogrammet skal etablere en helhetlig elektronisk løsning for å rekvirere og ekspedere reseptpliktige legemidler, medisinsk utstyr og næringsmidler, samt gi grunnlag for økonomisk oppgjør til apotekene/bandasjistene ved utleveringer på blå resept. For pasientene vil fordelene ved elektroniske resepter bl.a. være bedre sikkerhet, for eksempel mindre risiko for feilekspederinger, og elektronisk oversikt over egne resepter.

I programmet inngår den grunnleggende eReseptfunksjonaliteten, som gjør at en resept kan sendes fra forskrivernes journalsystem til reseptformidler, og deretter hentes opp på valgfritt apotek. Videre inngår støtte til forskriver i form av faktaopplysninger om legemidler, løsninger for refusjonsoppgjør mellom apotek og staten, mulighet for elektroniske søknader om bruk av legemidler på godkjenningsfritak og søknader om refusjon av legemidler på individuelt grunnlag. Programmet utvikler også publikumsløsningen «Mine resepter».

Arbeidet med eResept ble startet i 2005 og er et samarbeid mellom Helsedirektoratet (programstyrer), Statens legemiddelverk, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Den norske legeforening, Apotekforeningen, Bandagistenes næringspolitiske utvalg og de regionale helseforetakene. Programmet er utfordrende i og med at det kreves utstrakt samarbeid og samtidighet i utviklingen mellom flere offentlige og private aktører. Det ble derfor inngått en samarbeidsavtale mellom partene i 2006. Avtalen legger rammer for programmets finansiering, framdriftsplan og organisering. I henhold til samarbeidsavtalen har programmet en totalkostnad på 283 mill. kroner (2006-kroner), hvorav 211 mill. kroner over kapittel 720, post 22, jf. St.prp. nr. 1 (2007-2008). Den øvrige finansiering er basert på partenes egne bidrag.

I planene for utbredelse av eResept er det lagt til grunn at 20 pst. av reseptene skal være elektroniske ved utgangen av 2009, 60 pst. ved utgangen av 2010 og 80 pst. ved utgangen av 2011. Utviklingen av kjernen i eReseptløsningen har i hovedsak gått etter planen. Den første eReseptpiloten startet som planlagt i 2008. Denne måtte imidlertid avbrytes pga forhold som lå utenfor eReseptløsningen.

Det har oppstått forsinkelser i utviklingen av enkelte av fagsystemene som eReseptfunksjonaliteten bygges inn i. Leverandører av fagsystem for leger i allmennpraksis og for apotek varsler nå at disse vil bli klare til å testes høsten 2009. Det tas derfor sikte på ny pilotering av eReseptløsningen første halvdel 2010.

Utbredelsen av eResept vil avhenge av hvor raskt apotekene tar i bruk sitt nye fagsystem, implementering av eResept i legenes elektroniske journalsystemer og av implementeringen av løsningen i de regionale helseforetakene. Nasjonal dekning av nytt fagsystem i apotek forventes i løpet av 2012, mens nødvendige systemtilpasninger i helseforetakene åpner for utbredelse av eReseptløsningen tidligst i 2012 – 2013. Utbredelsen av eResept blir således forsinket i forhold til det som ble skissert i samarbeidsavtalen, og departementet arbeider derfor med videre framdriftsplaner m.v. Dette skjer i dialog med de aktuelle aktørene. Forsinkelsen vil medføre økte kostnader for partene.

eReseptprogrammet skal i henhold til planen avsluttes i løpet av 2010. Parallelt med programmets avslutning, arbeides det med oppbygging av en forvaltningsorganisasjon for eResept. Videre er det vesentlig for utbredelse av løsningen at nødvendige implementerings- og stimuleringstiltak iverksettes. Endelig planlegges videreutvikling av eResept, som blant annet skal bidra til bedre beslutningsstøtte for legene ved forskrivning av resepter. I dette perspektivet er det viktig å opprettholde det finansielle grunnlaget for forvaltning, videreutvikling og utbredelse av eResept.

Kap. 3720 Helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
02	Diverse inntekter	36 731	2 332	2 407
04	Gebyrinntekter	407	1 457	
16	Refusjon av foreldrepenger	6 033		
17	Refusjon lærlinger	142		
18	Refusjon av sykepenger	5 264		
	Sum kap. 3720	48 577	3 789	2 407

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur, er post 04 flyttet fra kap. 3720 til kap. 3718.

Kap. 721 Statens helsetilsyn

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
01	Driftsutgifter	76 963	75 467	84 771
	Sum kap. 721	76 963	75 467	84 771

Formål og hovedprioriteringer

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med sosialtjenesten og helsetjenesten, og er overordnet myndighet for klager som gjelder manglende oppfyllelse av rettigheter. Gjennom endringer i barnevernloven jf. Ot.prp. nr. 69 (2008-2009) får Statens helsetilsyn med virkning fra 1. januar 2010 ansvar for det overordnede faglige tilsynet med deler av barnevernet. Det er foreslått i odelstingsproposisjon om lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (Ot.prp. nr. 103 (2008-2009)), som ble lagt fram for Stortinget 19. juni, at Statens helsetilsyn også skal få overordnet faglig tilsyn med kvalifiseringsstønad/ kvalifiseringsprogram samtidig som fylkesmennene skal få tilsynsansvar for økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsstønad/kvalifiseringsprogram. Gjennom lov om medisinsk og helsefaglig forskning er Statens helsetilsyn tillagt myndighet til å føre tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning og forvaltningen av forskningsbiobanker. 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 behov for tjenester, følge med på hvordan tjenestene og personellet utøver sin virksomhet og gripe inn overfor virksomheter og helsepersonell som utøver virksomhet i strid med lovgivningen. Klagebehandling, tilsyn og rådgivning basert på erfaringer fra tilsyn skal medvirke til at

- befolkningens behov for tjenester ivaretas
- tjenestene drives på en faglig forsvarlig måte
- svikt i tjenestene forebygges
- ressursene i tjenestene brukes på en forsvarlig og effektiv måte
- befolkningen har tillit til helsepersonell og tjenestene.

Prioritering av tilsynsområder bygger på vurderinger av fare for svikt i tjenestene og de verdier og mål som er nedfelt i lover, forskrifter og nasjonal politikk. I risikovurderingene inngår kunnskap fra klagesaker, tilsynssaker (enkeltsaker), tilsyn med virksomhetene, områdeovervåkning og andre kilder. Tilsynsressursene styres mot områder

- av stor betydning for enkeltmenneskers rettssikkerhet
- der sannsynlighet for svikt er stor

– der konsekvensene av svikt for brukere og pasienter er alvorlige, eller
– der brukere og pasienter ikke selv kan forventes å ivareta egne interesser.

I tillegg er det, som følge av EU-direktiver, forskriftsfestet at Statens helsetilsyn regelmessig skal føre tilsyn med blodbanker og virksomheter som håndterer humane celler og vev (vevsbanker). Basert på en avtale mellom Forsvarsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet skal Statens helsetilsyn også føre tilsyn med Forsvarets helsetjenester til norsk militært personell under operasjoner i utlandet.

Rapportering 2008

I 2008 behandlet Statens helsetilsyn 224 tilsynssaker som var oversendt fra Helsetilsynet i fylkene for vurdering. Median saksbehandlingstid var fem måneder. Per 31.12.2008 var 168 tilsynssaker til behandling i Statens helsetilsyn. Det ble gitt 155 reaksjoner i 2008. Tolv var rettet mot virksomheter og 143 mot helsepersonell, 65 saker ble avgjort uten reaksjon, 58 helsepersonell mistet autorisasjonen og elleve helsepersonell fikk suspendert sin autorisasjon mens saken var til behandling.

Statens helsetilsyn oversendte 33 klager på vedtak til Statens helsepersonellnemnd i 2008. 26 av sakene er avgjort. Nemnda stadfestet Statens helsetilsyns vedtak i 23 saker to vedtak ble omgjort og ett vedtak ble delvis omgjort.

Statens helsetilsyn behandlet 65 søknader om autorisasjon fra helsepersonell som tidligere har mistet autorisasjonen. 28 søkere fikk avslag på sin søknad om ny autorisasjon, men seks av disse søkerne fikk tilsagn om en begrenset autorisasjon. 23 helsepersonell fikk ny autorisasjon uten begrensninger, mens 14 fikk en begrenset autorisasjon til å utøve virksomhet under bestemte vilkår.

Statens helsetilsyn vurderte om det skulle begjæres påtale for straffbart brudd på helsepersonelloven overfor helsepersonell eller virksomheter i sju saker. I fire saker konkluderte Statens helsetilsyn med at det ikke var grunnlag for å begjære påtale mot helsepersonell eller virksomhet. Statens helsetilsyn anmeldte seks helsepersonell til politiet på bakgrunn av mistanke om straffbart forhold.

Statens helsetilsyn har utgitt en rapport om bruk av data fra rutinemessig innsamlet tjenestestatistikk til områdeovervåkning (Rapport fra Helsetilsynet 2/2009).

Statens helsetilsyn foretar fortløpende analyser av saksbehandlingen og av innholdet i sakene. Rapport fra Helsetilsynet 7/2009 Læring av feil og klagesaker inneholder blant annet oppsummering av erfaringer fra tilsynssaker. I Rapport fra Helsetilsynet 3/2009 oppsummeres en toårig undersøkelse av selvmordssaker i psykisk helsevern. I tilsynssakene legges det også vekt på å få fram virksomhetenes ansvar for å forebygge feil og uheldige hendelser.

Statens helsetilsyn ferdigstilte i 2008 nye retningslinjer for Helsetilsynet i fylkenes behandling av tilsynssaker. Statens helsetilsyn har fokusert på at tilsynsmyndighetene skal være oppmerksom på virksomhetsperspektivet i behandlingen av tilsynssaker.

I 2008 avsluttet fylkesmennene 3 865 klagesaker etter sosialtjenesteloven. Behandlingstiden var tre måneder eller mindre for 87 pst. av sakene. Elleve embeter oppfylte kravet om at 90 pst. av klagesakene skulle behandles innen tre måneder. Ved utgangen av 2008 var det 579 klagesaker under behandling hos fylkesmennene.

I 2008 ferdigbehandlet Helsetilsynet i fylkene 1 998 tilsynssaker. Kravet om median behandlingstid på fem måneder ble oppnådd i elleve av Helsetilsynet i fylkene i 2008. For landet sett under ett var median saksbehandlingstid 5,2 måneder. Kravet er imidlertid fastsatt med 2000 nye saker per år som forutsetning. I 2008 kom det inn 2 166 nye saker.

Den rapporterte restansen av tilsynssaker dvs. saker under behandling, hos Helsetilsynet i fylkene, var 880 ved utgangen av 2008.

Helsetilsynet i fylkene behandler også klager etter pasientrettighetsloven og kommunehelsetjenesteloven. I 2008 ble det behandlet 773 slike saker. I 276 av disse sakene (36 pst.) er det gitt helt eller delvis medhold i klagen, eller vedtaket i førsteinstansen er opphevet på grunn av saksbehandlingsfeil og lignende.

Behandlingstiden var median 57 dager. Fire embeter oppfylte kravet om at 90 pst. av klagesakene skulle behandles innen tre måneder. På landsbasis ble 69 pst. av sakene avsluttet innen tre måneder. Ved utgangen av 2008 var det 180 klagesaker under behandling hos Helsetilsynet i fylkene.

Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene gjennomfører tilsyn med helse- og sosialtjenestene dels på bakgrunn av en lokal vurdering av hvor det er behov for tilsyn, og dels som ledd i landsomfattende tilsyn som planlegges og oppsummeres av Statens helsetilsyn. I 2008 gjennomførte tilsynsmyndighetene 179 tilsyn som systemrevisjon med sosialtjenesten og 293 med helsetjenesten. Det ble gjennomført landsomfattende tilsyn med:

– kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til barn

– spesialisthelsetjenester ved distriktspsykiatriske sentre (DPS) til voksne med psykiske lidelser.

Det ble gjennomført landsomfattende tilsyn i 114 kommuner med helse- sosial- og barneverntjenester til utsatte barn og unge. Tilsynet var forberedt av Barne- og likestillingsdepartementet i samarbeid med Statens helsetilsyn og ble gjennomført av Helsetilsynet i fylkene og landets fylkesmenn. Det er utarbeidet en nasjonal oppsummeringsrapport fra det landsomfattende tilsynet.

Tilsynet med spesialisthelsetjenester ved DPS-ene er toårig og fortsetter i 2009. Tilsynet er rettet mot DPS-enes helsetjenester til pasienter med alvorlige psykiske lidelser og utføres av regionale tilsynslag supplert med psykologspesialist og psykiater som eksterne fagrevisorer. I 2008 ble det gjennomført tilsyn med 28 DPS. Det er utarbeidet en nasjonal midtveis oppsummeringsrapport fra det landsomfattende tilsynet.

Statens helsetilsyn utarbeidet i 2008 en veileder for tilsyn med legemiddelbehandlingen i sykehjem. Veilederen ble prøvd ut av Helsetilsynet i sju fylker ved tilsyn i til sammen 18 sykehjem. Tilsynet har undersøkt om de systemmessige forholdene ved sykehjemmet sikrer beboerne nødvendig og riktig legemiddelbehandling.

Statens helsetilsyn har i 2008 fortsatt prosjektet med utvikling av elektroniske meldinger til Meldesentralen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. Målet for prosjektet er å utvikle og prøve ut en løsning for elektronisk innsending og behandling av § 3-3-meldinger etter spesialisthelsetjenesteloven for å forbedre datakvaliteten i Meldesentralen, samt å gjøre det enklere for helsetjenesten å melde. Prosjektet videreføres i 2009 med implementering av elektronisk meldeordning ved utvalgte helseforetak i hver helseregion.

Statens helsetilsyn startet ultimo 2008 et prosjekt for å styrke arbeidet med tilsyn med spesialisthelsetjenesten. Det er tilsatt en prosjektleder og prosjektorganiseringen er tidsavgrenset til to år. Sommeren 2009 definerte prosjektet en rekke endringsforslag som vil bli vurdert og fulgt opp i 2009 og 2010.

Statens helsetilsyn har startet forberedelsene til tilsyn etter vevsforskriften og har hatt kontakt med Helsedirektoratet og ulike internasjonale fora, blant annet deltakelse i nordisk samarbeid, på området (NORPEP).

Statens helsetilsyn har i 2008 utarbeidet en plan for tilsynsaktivitet med spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester til eldre for perioden 2009-2012. Planen er laget i samarbeid med Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene.

Statens helsetilsyn har fulgt med på etableringen av NAV-kontor i landets kommuner. Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene har rapportert observerte virkninger for pasienter og brukere av at kommunale helse- og sosialtjenester blir lagt til NAV-kontor, med særlig vekt på rettssikkerhetsutfordringer. Mottatte rapporter og hovedinntrykkene vil inngå i planleggingsgrunnlaget for videre oppfølging. Virksomheter og tema for tilsyn er valgt blant annet ut fra informasjon fylkesmannen har om risiko og sårbarhet i eget fylke. Av disse selvvalgte tilsynene gjaldt to tilsyn tjenester til rusmiddelmisbrukere på NAV-kontor.

Statens helsetilsyn har gjennomført en oppsummering av kunnskap om helse- og sosialtjenester til barn og unge generelt og spesielt om barne- og ungdomspsykiatriske tjenester til barn som mottar tjenester fra kommunalt eller statlig barnevern. Kunnskapsoppsummeringen vil ligge til grunn for Helsetilsynets videre arbeid på feltet.

Statens helsetilsyn har i 2008 fulgt utviklingen i tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser og formidlet tilsynserfaringer.

Statens helsetilsyn har gjort en intern oppsummering av relevant forskning og annen kunnskap de siste tre årene om kommunenes praktisering av økonomisk sosialhjelp. På bakgrunn av denne er det samlet inn ytterligere kunnskap på noen prioriterte områder blant annet situasjonen til barn av stønadsmottakere og de yngste stønadsmottakerne (18-24 år).

Statens helsetilsyn har samarbeidet med Barne- og likestillingsdepartementet for å koordinere felles kompetansetiltak om tilsyn overfor fylkesmennene og sikre samordning av tiltak og metodikk innen tjenesteområdene der dette er relevant. I tillegg har det vært et utstrakt samarbeid for å tilrettelegge den første nordiske tilsynskonferansen innen barnevern- og sosialområdet, avholdt i oktober 2008 i Stockholm.

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2008 tilsyn med blodbankvirksomheten ved 14 av de 24 helseforetakene som har blodbanker. Blodforskriften stiller krav om et dokumentert internkontrollsystem (kvalitetsstyringssystem), og tilsynet ble gjennomført som en systemorientert dokumentgranskning. Det ble undersøkt om helseforetakets kvalitetsstyringssystem sikrer kritiske trinn i transfusjonskjeden. Tilsynene avsluttes først når det er dokumentert at iverksatte tiltak har gitt ønsket effekt.

Helsetilsynet i fylkene og landets fylkesmenn følger opp de enkelt tilsyn inntil forhold er brakt i orden og påpekte avvik er lukket.

Tilsynserfaringer (tilstandsvurdering)

Det landsomfattende tilsynet med kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til utsatte barn og unge viste at ikke alle kommuner legger til rette for og følger opp nødvendig samarbeid. Flere kommuner følger ikke med på svikt og bruker ikke egne erfaringer til å forbedre tjenestene. Det sikres heller ikke alltid at ansatte har nødvendig kompetanse eller at tjenester til voksne med psykiske, rus- eller sosiale problemer fanger opp brukeres barn som har behov for hjelp. Samlet sett er det grunn til bekymring for om barn og unge fanges opp til rett tid og får riktige tjenester.

Det landsomfattende tilsynet med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske lidelser har vist at mange DPS mangler en velfungerende internkontroll som reduserer faren for svikt og sikrer at virksomhetens oppgaver løses i henhold til kravene i helselovgivningen.

Gjennomgang av tilsynserfaringer sammenholdt med andre kunnskapskilder, viser at svikt innenfor helse- og sosialtjenestene stadig gjentar seg. Dette er noe som rammer eldre med betydelige tjenestebehov, enten det dreier seg om hjemmebaserte tjenester eller tjenester gitt i sykehjem og sykehus. Utfordringene gjelder styringssystem, rutiner og kvaliteten i tjenestene, både når det gjelder innhold og omfang. Et gjennomgående trekk er at det skorter på individuelt tilrettelagte tjenester, enten det er botilbud for demente eller dekning av grunnleggende behov som ernæring, aktivitet mv.

Tilsynserfaringene gir også et inntrykk av betydelige utfordringer knyttet til samhandling og kommunikasjon, både i og mellom ulike tjenester.

Erfaringer fra tilsyn med spesialisthelsetjenesten viser at det er viktig å kunne innrette og målrette tilsynsaktiviteten ut i fra lokale risiko- og sårbarhetsvurderinger. Det er ikke gitt at et tema for landsomfattende tilsyn treffer like godt i alle regioner. Det er også påpekt at gjentatte tilsyn med gjenbruk av tidligere veiledere for tilsyn kan være hensiktsmessig for oppfølging og spredning av effekten av tilsyn. De risikobaserte innspillene fra Helsetilsynet i fylkene og andre aktører til tilsyn med spesialisthelsetjenesten i 2010 viste stor variasjon og mangfold, noe som underbygger behovet også for lokal tilpasset tilsynsaktivitet.

Tilsynsrapportene for tilsynene med blodbankene i 14 helseforetak gir grunnlag for å konkludere med at helseforetakenes blodbankvirksomhet ikke er styrt og ledet som forutsatt i blodforskriften. De påviste manglene i helseforetakenes internkontrollsystemer, dvs. i deres kvalitetsstyring, reduserer sikkerheten for pasientene. De øvrige helseforetakene som har blodbankvirksomhet vil bli gjenstand for tilsyn i 2009.

I Nasjonal helseplan 2007-2010 presiseres det at pasientene har krav på trygge tjenester. Som ledd i dette må spesialisthelsetjenesten utvikle enda bedre verktøy for kvalitetsutvikling og kontroll. Tjenesten må også kunne dokumentere hvordan feil håndteres for å forebygge framtidige uhell. I St.prp.nr.1 (2008-2009) ble tilsynsmyndigheten pålagt å ha oppmerksomhet på hvordan virksomheter benytter erfaringene i sitt eget kvalitetsarbeid i tillegg til å vurdere saken i et individperspektiv. Det er gjennomført en rekke egeninitierte systemrevisjoner i Helsetilsynet i fylkene i 2008- 2009 hvor fokus har vært oppfyllelse av meldeplikten. Det har i mindre grad vært fokusert på avvikshåndtering i form intern kartlegging, årsaksanalyse og oppfølgning av tiltak. Det samme erfarer tilsynsmyndigheten i forbindelse med behandling av enkeltsaker.

Tilsynserfaringer fra det hendelsesbaserte tilsynet viser at det varierer i hvilken grad virksomheter har rutiner som sikrer at helsepersonell som svikter grunnleggende i sin yrkesutførelse enten på grunn av rusproblemer, grenseoverskridende adferd, psykisk eller fysisk sykdom eller faglig svikt av andre årsaker avdekkes, håndteres og følges opp i tide. Dette fører til at pasientene kan motta mangelfull eller uforsvarlig helsehjelp. Tilsynserfaring viser også at virksomhetene har ulik praksis med å følge opp og informere de pasientene som kan ha eller er kommet til skade på grunn av svikt i helsepersonells yrkesutførelse.

Helsedirektoratet har utgitt retningslinjer for palliasjon, ulike former for kreft i magetarmområdet, nyrekreft, brystkreft og lymfekreft. Det er usikkert om disse retningslinjene følges opp av de regionale helseforetakene og helseforetakene, og om det er lik tilgjengelighet til helsehjelp nasjonalt. Tilsynserfaring viser at det er grunn til å tro at samordningen og koordinering av helsetjenester til kreftpasienter svikter der flere aktører og nivåer er involvert.

Tilsynserfaringer viser at avtalene mellom de regionale helseforetakene og avtalespesialistene mangler tilstrekkelig kvalitetssikring av det faglige innholdet. I Nasjonal helseplan (2007-2010) fremgår det at de regionale helseforetakene i større grad skal integrere avtalespesialistene i sitt «sørgefor ansvar» for å sikre riktig prioritering og oppgavefordeling. Tilsynet erfarer at avtalespesialistene prioriterer pasienter som ikke har de mest alvorlige lidelsene. I tilsynssaker blir det avdekket uforsvarlig behandling uten at de regionale helseforetakene har sett det som sin oppgave å avdekke og rette opp slik svikt.

I 2008 ble det gjennomført tilsyn med ambulansetjenesten og AMK sentralene i fire fylker. Helsetilsynet i fylkene behandler mange tilsynssaker, og de mottar mange meldinger om feil og uhell i ambulansetjenesten. Riksrevisjonen rapporterte i 2006 at 44 pst. av ambulansepersonellet manglet fagbrev i 2004. I april 2010 er overgangsordningen knyttet til kvalitetskrav til ambulansepersonell avsluttet, og kravene må være innfridd.

Helsestasjonene rapporterer om utfordringer i forbindelse med tidlig utskrivning fra barselavdelinger etter fødsel. Tidligere var liggetiden på sykehus lenger, og det varierer i hvilken grad de kommunale tjenestene har bygd opp sitt tilbud som konsekvens av tidligere utskrivning.

Klager etter helse- og sosialtjenestelovgivningen utgjør årlig over 6 000 saker. Dette viser at bevisstheten om pasientrettigheter er økende. Rettighetslovgivningen gir rettigheter til svake grupper som har problemer med å ivareta sine rettigheter. Dette gjelder blant annet mottakere av økonomisk stønad etter sosialtjenesteloven. Klagesakene både etter pasientrettighetsloven, kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven aktualiserer en rekke vanskelige juridiske, helsefaglige og sosialfaglige problemstillinger. Det er en stor utfordring å få til likebehandling av dette området. Omorganisering til nye arbeids- og velferdskontorer kan dessuten medføre særlige utfordringer med hensyn til lik praksis.

Satsingsområder og mål for 2010

Statens helsetilsyn skal i 2010 gjennomføre landsomfattende tilsyn og andre tilsynsaktiviteter rettet mot kommunale tjenester til eldre. Dette er et ledd i en helhetlig plan for tilsyn med helse- og sosialtjenester til eldre for perioden 2009–2012. Et tilsyn med en så omfattende brukergruppe vil stille store krav til både Helsetilsynet sentralt og fylkesmennene. Det foreslås bevilget 4 mill. kroner til tilsynsvirksomhet, som i hovedsak skal gå til styrking av tilsynsarbeidet i fylkene med tjenestetilbudet til eldre. I denne satsingen skal det prøves ut nye tilsynsverktøy og bruk av uanmeldte tilsyn. I 2010 skal det legges til rette for landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenester til samme målgruppe i 2011. Et tilsyn med så omfattende brukergruppe vil stille store krav til Helsetilsynet sentralt og fylkesmennene. Det foreslås derfor bevilget 4 mill. kroner til tilsynsvirksomhet med tjenester til eldre, som i hovedsak skal gå til styrking av tilsynsarbeidet i fylkene.

Det skal i 2010 gjennomføres regionsvise tilsyn med spesialisthelsetjenesten. Temaene skal velges ut fra lokal risikovurdering i regionene. Tilsynene skal oppsummeres i egne regionale rapporter og det skal utarbeides en oppsummeringsrapport basert på de regionale rapportene.

I forbindelse med forslaget om at Statens helsetilsyn blir tillagt det overordnede faglige tilsynet med kommunenes virksomhet i arbeids- og velferdsforvaltningen, er det planlagt i samarbeid med fylkesmennene å implementere veileder for hendelsesbasert tilsyn med sosiale tjenester. Statens helsetilsyn skal videre samarbeide med fylkesmennene om å identifisere områder i tjenestene med risiko for svikt og om å planlegge et landsomfattende tilsyn høsten/vinteren 2010/2011. Statens helsetilsyn vil gjennomføre opplæringstiltak og tilrettelegge andre arenaer for erfaringsutveksling og utviklingsarbeid. Omfanget av tilsyn i 2010 vil blant annet avhenge av tidspunkt for lovens ikrafttredelse. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til saken i embetsoppdraget og tildelingsbrev.

Statens helsetilsyn får ansvaret for overordnet faglig tilsyn med det kommunale barnevernet, private og statlige barneverninstitusjoner, sentre for foreldre og barn og omsorgsentre for mindreårige asylsøkere fra 1. januar 2010. Overføringen av ansvaret fra Barne- og likestillingsdepartementet til Statens helsetilsyn har som formål å bidra til styrking og harmonisering av fylkesmennenes tilsyn med barnevern. Statens helsetilsyn skal, i samarbeid med landets fylkesmenn, oppsummere erfaringer fra tilsyn og klager, videreføre og videreutvikle opplæringstiltak, harmonisere tilsyn og klagesaksbehandling, samt identifisere tema for og forberede landsomfattende tilsyn. I 2010 skal det velges tema for et landsomfattende tilsyn som skal forberedes og gjennomføres høsten 2010 og vinteren 2011. Statens helsetilsyn skal i 2010 også videreføre Barne- og likestillingsdepartementets arbeid med metodeutvikling i det hendelsesbaserte og planlagte tilsynet, med vekt på fylkesmennenes lovpålagte samtaler med barn i institusjoner.

Fylkesmennene skal gjennomføre det antall individrettede og systemrettede tilsyn i statlige og private barneverninstitusjoner som følger av tilsynsforskriften.

Prosjektet for tilsyn med spesialisthelsetjenesten vil bli videreført med aktiviteter som Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylkene i løpet av 2009 har prioritert.

Statens helsetilsyn skal i samarbeid med Helsetilsynet i fylkene, regionale helseforetak og helseforetak innføre elektronisk meldeordning i hele spesialisthelsetjenesten i 2010.

I 2010 skal Statens helsetilsyn følge opp påpekte avvik i tilsyn etter blodforskriften. Tilsynet skal videreføres og videreutvikles metodisk.

Arbeidet med å planlegge og å utvikle tilsyn etter vevsforskriften videreføres.

Statens helsetilsyn vil i 2010 foreta en gjennomgang av tilsynserfaringer om helseforetakenes pasientsikkerhets-, forbedrings- og kvalitetsarbeid. Arbeidet vil bl.a. bli sett i sammenheng med Rapport fra Helsetilsynet 3/2009. Oppsummering av en toårig undersøkelse av selvmordssaker i psykisk helsevern og gjennomgang av tilsynssaker som omhandler drap som er begått de siste fem årene av mennesker med kjent psykisk lidelse. I behandlingen av tilsynssakene skal det legges vekt på å få frem virksomhetenes ansvar for å forebygge feil og uheldige hendelser.

Statens helsetilsyn vil i 2010 oppsummere den kunnskap tilsynet i enkeltsaker har om virksomhetens arbeid med å avdekke og følge opp svikt hos helsepersonell. Oppsummeringen skal benyttes for å øke fokus på virksomhetenes ansvar.

Statens helsetilsyn utfører høsten 2009 i samarbeid med relevante fagmiljøer risiko- og sårbarhetsanalyse innen fagområdet kreftbehandling. Funnene i dette arbeidet vil danne grunnlag for å gjennomføre tilsynsaktiviteter i 2010 der faren for svikt og konsekvenser av svikt er størst.

Statens helsetilsyn vil oppsummere tilsynserfaringer fra de egeninitierte tilsyn og tilsynssaker som gjelder ambulansetjenesten og AMK.

Statens helsetilsyn vil gjennomføre tilsynsaktivitet rettet mot landets barselavdelinger knyttet til liggetid og samhandlingsavtaler med helsesøstertjenesten i sykehus. Det vil bli fokusert på tjenestene til sårbare grupper.

Kompleksiteten og mengden tilsyns- og klagesaker på rettighetsområdet, innebærer at det skal gjennomføres konkrete tiltak for å sikre lik behandling av sakene. Sammen med veiledere for saksbehandling, opplæring og andre tiltak, vil registreringsverktøy bli brukt aktivt for å sikre likebehandling av saker på landsbasis.

Helsetilsynet i fylkene har etter pasientrettighetsloven kapittel 4a om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv, flere oppgaver, bl.a. som klageinstans og kopimottaker for vedtak. Statens helsetilsyn vil som overordnet myndighet gjennomføre konkrete tiltak for å sikre lik praksis i hele landet.

Statens helsetilsyn vil oppsummere tilsynserfaringer og bidra til å gjøre disse tilgjengelig for virksomhetene slik at de kan benyttes i virksomhetenes læring.

Resultatmål for tilsyn og saksbehandlingstid i 2010

- Median saksbehandlingstid i Helsetilsynet for klage- og tilsynssaker som avsluttes i 2010, skal være seks måneder eller mindre, ved maksimalt 250 nye saker årlig.
- Median saksbehandlingstid ved Helsetilsynet i fylkene for tilsynssaker som avsluttes i 2010, skal være fem måneder eller mindre, ved maksimalt 2 000 nye saker årlig.
- 90 pst. av alle sakene som behandles av Helsetilsynet i fylket etter pasientrettighetsloven og kommunehelsetjenesteloven, og som avsluttes i 2010 skal ha en saksbehandlingstid på tre måneder eller mindre. Unntatt er saker som gjelder dekning av nødvendige reiseutgifter mellom hjem og behandlingssted.
- For klagesaker som gjelder nødvendige reiseutgifter mellom hjem og behandlingssted skal median saksbehandlingstid være tre måneder.
- 90 pst. av klagesakene etter sosialtjenesteloven som behandles av Fylkesmannen, og som avsluttes i 2010, skal ha en saksbehandlingstid på tre måneder eller mindre.
- Det skal gjennomføres minst 300 tilsyn som systemrevisjon med helsetjenesten på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.
- Det skal gjennomføres minst 180 tilsyn med sosialtjenesten jf Sosialtjenesteloven kap. 4, 4A, 6 og 7 på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Merknader til budsjettforslaget 2010

Stortinget har besluttet at det overordnede faglige ansvaret for tilsynet med barnevernet skal legges til Statens helsetilsyn. I denne forbindelse foreslås det å overføre ressurser tilsvarende tre årsverk samt administrative driftsmidler fra Barne- og likestillingsdepartementet til Statens helsetilsyn. Det foreslås at Statens helsetilsyn tilføres 2,5 mill. kroner til disse oppgavene.

I Odelstingsproposisjon om lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen som ble lagt fram for Stortinget 19. juni 2009, fremmes det forslag om å utvide fylkesmannens tilsynsansvar til også å omfatte tilsyn med økonomisk stønad og kvalifiseringsprogram/kvalifiseringsstønad fra 1. januar 2010. Statens helsetilsyn foreslås å få et overordnet faglig tilsynsansvar.

Statens helsetilsyn foreslås tilført 2 mill. kroner knyttet til oppgaver som følge av overordnet faglig ansvar for tilsynet.

Som en oppfølging av Omsorgsplan 2015 forelås posten styrket med 4 mill. kroner til tilsyn med tjenester til eldre.

Kap. 3721 Statens helsetilsyn

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
16	Refusjon av foreldrepenger	380		
18	Refusjon av sykepenger	717		
	Sum kap. 3721	1 097		

Kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
01	Driftsutgifter	92 941	89 453	107 256
70	Advokatutgifter	26 834	29 037	29 966
71	Særskilte tilskudd		2 000	2 064
	Sum kap. 722	119 775	120 490	139 286

Post 01 Driftsutgifter

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) behandler erstatningskrav fra pasienter som mener de har blitt påført skade etter behandling innen helsetjenesten. Vilkårene som må være oppfylt for å få erstatning er nedfelt i pasientskadeloven. Ett av vilkårene er at det foreligger et ansvarsgrunnlag og lovens utgangspunkt er at skaden må skyldes behandlingssvikt. Det er ikke et vilkår for erstatningsansvar at den som har voldt skaden har opptrådt uaktsomt eller forsettlig, slik det er etter alminnelig erstatningsrett. Saksbehandlingen er gratis for pasienten. NPE skal innhente alle relevante opplysninger og sørge for at saken blir tilstrekkelig utredet, og har innenfor sitt saksområde en alminnelig veiledningsplikt. Utgangspunktet er at pasienten ikke skal trenge advokat for å søke erstatning. Dersom lovens vilkår for å få erstatning er oppfylt, skal NPE fastsette erstatningen etter alminnelige erstatningsrettslige regler. Erstatningsutmålingen er individuell, og skal først og fremst dekke direkte tap eller utgifter man har fått som følge av skaden. Hvis skaden er varig og betydelig, kan man i tillegg ha rett til menerstatning.

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

NPE behandler søknader om erstatning på vegne av Legemiddelforsikringen. Alle produsenter, importører og utprøvere av legemidler i Norge er dekket gjennom denne ordningen. Sakene vurderes etter produktansvarslovens kap. 3 (legemiddelansvaret). NPE fakturerer Legemiddelforsikringspoolen og Norsk Legemiddelforsikring AS for saksbehandlingstjenestene. Med virkning fra 1. januar 2009 overtok NPE også ansvaret for forvaltning av pasientskader påført etter behandling i den private helsetjeneste. Det er etablert et styre for NPE. Styret fører bl.a. tilsyn med at erstatningsordningens samlede virksomhet er organisert i tråd med lover, forskrifter og instrukser.

Resultatrapportering 2008

Fra opprettelsen av NPE i 1988 og til utgangen av 2008 har NPE mottatt i overkant av 42 000 erstatningskrav. Saksmengden har økt fra 231 saker det

første året til 3312 saker i 2008. Det var en viss nedgang i saksmengden fra 2006 og 2007 til 2008. 886 pasienter fikk medhold i sitt krav om erstatning, mens 1562 fikk avslag. I tillegg fikk 74 pasienter medhold etter overprøvinger i Pasientskadenemnda og domstolene. Gjennomsnittet for de siste fem årene viser at andelen pasienter som har fått erstatning har vært på 34,6 pst. For saker hvor erstatningens størrelse ble fastsatt i 2008, ble det i gjennomsnitt utbetalt 693 000 kroner per sak. Beløpet i den enkelte sak varierer fra et minstebeløp på 5000 kroner og opp til flere millioner kroner. I 2008 var gjennomsnittlig saksbehandlingstid for saker med hensyn til om erstatningssøker har krav på erstatning eller ikke 421 dager, mot 348 dager året før. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for å avklare erstatningens størrelse etter at det er fattet vedtak om at erstatning skal gis, var 494 dager, mot 429 dager året før.

Tilstandsvurdering 2009 og satsingsområder 2010

Rask og god saksavvikling har høyeste prioritet i NPEs arbeid. Saksavviklingen følges nøye, og balansen mellom grundighet og tidsbruk vurderes kontinuerlig. Et godt arbeidsmarked for bl.a. jurister førte til høy turnover i NPE i 2007 og 2008. Virksomheten har iverksatt flere tiltak for å rette opp utviklingen, herunder hensiktsmessige grep i organiseringen av saksbehandlingen. Det legges opp til at etaten behandler flere saker i 2009 enn i 2008. Antall ubehandlede saker (saker i kø) forventes å bli redusert i løpet av 2009. Det tas sikte på å avvikle køordningen i løpet av 2011. I 2010 forventes de tiltak som er gjennomført i foregående år å medføre en ytterligere økning i antallet behandlete saker, samt en reduksjon i saksbehandlingstiden.

Fra 2009 har NPE overtatt ansvaret for behandling av erstatningskrav etter behandling i den private helsetjeneste.

NPE vil videre fortsette arbeidet med utnyttelse av virksomhetens erfaringsmateriale i kvalitetsutvikling og skadeforebyggende arbeid. Samarbeidet som er etablert med enhet for pasientsikkerhet i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten vil fortsette.

NPE har tatt i bruk et fullelektronisk saksbehandlingsverktøy. I 2010 vil det bli arbeidet videre med å utvikle teknologiske løsninger for kommunikasjon med pasienter og andre brukere av virksomhetens tjenester.

Oppgjørsordning i 2010 for erstatningsutbetalinger for offentlig sektor:
- Tilskudd fra helseforetak: 485 mill. kroner
- Tilskudd fra kommuner: 2,2 mill. kroner
- Tilskudd fra fylker: 51 mill. kroner
- Egenbetaling fra helseforetak:45 mill. kroner

Det er knyttet stor usikkerhet til nivået på de samlede erstatningsutbetalinger i 2010. Ved omlegging av finansieringsordningen i 2006 ble det lagt til grunn at staten etterskuddsvis kompenserer partene dersom veksten i erstatningsutbetalingene fra et år til en annet ble meget stor. En eventuell kompensasjon vil normalt bli vurdert i forbindelse med RNB i påfølgende periode når regnskap foreligger. Totalt ble det utbetalt 658 mill. kroner i erstatninger i 2008. Beløpet ble vesentlig høyere enn anslagene i St.prp.nr.1. Erstatningsutbetalingene knyttet til helseforetakene og kommunene ble høyere enn budsjettert. Det var meget små erstatningsutbetalinger knyttet til fylkeskommunenes ansvar for tannhelsetjeneste. Denne utvikling har vedvart inn i 2009. Departementet følger utviklingen og vil vurdere de budsjettmessige konsekvenser særskilt.

Erstatningsordningen for privat sektor baserer seg på at de private tjenesteytere skal dekke kostnadene til behandling av sakene og eventuell utbetaling av erstatning gjennom årlige tilskudd til NPE. Tilskuddene baserer seg på en vurdering av risiko for de ulike grupper av helsepersonell og virksomheter. Oppgjørsordning i 2010 for privat sektor:
- Tilskudd fra privat tjenesteyting: 36 mill. kroner
- Forventede erstatningsutbetalinger i 2010:5 mill. kroner
- Tilskudd til drift av NPE:8,5 mill. kroner
- Tilskudd til dekning av advokatutgifter: 1,0 mill. kroner
- Tilskudd til drift av PSN: 0,5 mill. kroner
- Avsetning til fremtidig reserve – konti i Norges Bank:21 mill. kroner

Reserven på konti i Norges Bank skal dekke fremtidige utbetalinger til erstatninger.

For 2010 foreslås det en styrking av driftsbudsjettet til Norsk pasientskadeerstatning med 10,75 mill. kroner til finansiering av arbeidet med saker fra den offentlige helsetjenesten. I tillegg foreslås det å øke bevilgningen til behandling av saker fra den private helsetjeneste med 6 mill. kroner. Utgiftene til behandling av saker fra privat sektor finansieres gjennom overføringer fra reserven i Norges Bank.

Post 70 Advokatutgifter

Etter pasientskadeloven § 11 dekkes pasientens utgifter til advokathjelp dersom den som utreder saken har truffet vedtak om det, eller utgiftene regnes som tap som følge av skaden. Bestemmelsen

gir pasienten rett til å få dekket nødvendige og rimelige utgifter til advokatbistand både i forbindelse med behandlingen i NPE og i forbindelse med en eventuell klage over NPEs vedtak til Pasientskadenemnda.

Statens utgifter til advokatsalærer i forbindelse med pasientskadeordningen har økt i de senere år. Med utgangspunkt i Stortingets behandling av Ot.prp. nr. 81 (2007 – 2008), har departementet i 2009 fastsatt forskrifter om dekning av advokatutgifter med bl.a. en bestemmelse om at offentlige salærsatser skal benyttes. Tiltaket endrer ikke pasientenes rett til å få dekket saksomkostninger.

Post 71 Særskilte tilskudd

Pasienter som blir påført skade under fødsel har i dag den samme rett til erstatning enten fødselen finner sted på fødestue eller sykehus. Dette følger av pasientskadeloven som trådte i kraft 1. januar 2003. For skader konstatert etter 1. januar 1988, men voldt før pasientskadelovens ikrafttredelse, har pasientskadeordningen imidlertid ikke omfattet alle landets fødestuer. Det fremstår som et tilfeldig utslag av organiseringen av fødselsomsorgen om den enkelte fødestue har vært omfattet av pasientskadereglene eller ikke. For å sikre disse pasientene det samme erstatningsrettslige vern som sykehuspasienter ble det ved behandling av statsbudsjettet for 2009 bevilget midler til dette formål. Kravene skal avgjøres etter tilsvarende kriterier som etter de midlertidige pasientskaderegler av 1988. Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) behandler slike saker etter særskilt oppdrag fra departementet. I oppdraget ligger det også at NPE skal vurdere gjenopptak i aktuelle saker som tidligere er blitt avvist. Departementet presiserer at oppdraget ikke innebærer en overprøving av NPEs praksis. Det er foreslått avsatt 2 mill. kroner i 2010.

Kap. 3722 Norsk pasientskadeerstatning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
02	Diverse inntekter	2 028	1 131	1 167
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	83		
16	Refusjon av foreldrepenger	1 748		
18	Refusjon av sykepenger	1 107		
50	Premie fra private		3 500	9 500
	Sum kap. 3722	4 966	4 631	10 667

Kap. 723 Pasientskadenemnda

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
01	Driftsutgifter	31 765	30 479	34 688
	Sum kap. 723	31 765	30 479	34 688

Post 01 Driftsutgifter

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 består i dag av fem medlemmer med tre sett av personlige varamedlemmer.

Pasientskadenemnda (også kalt nemnda) har et eget sekretariat som utreder klagesakene og fremlegger disse overfor nemnda. Rundt 25 pst. av

sakene behandles av sekretariatet etter delegasjon fra nemnda. Det er fortrinnsvis enklere saker som behandles etter delegasjonsfullmakten. Nemnda er i prinsippet avskåret fra å endre NPEs vedtak til ugunst for pasientene. Fra 1. januar 2004 ble staten ved Pasientskadenemnda å anse som rette saksøkt i søksmål som tas ut mot ordningen.

Resultatrapportering 2008

1 2008 avsluttet Pasientskadenemnda totalt 1024 saker. Til sammenligning ble det avsluttet 810 saker i 2007 og 777 saker i 2006. 9,4 pst. av klagesakene førte helt eller delvis frem i favør av pasientene i 2008. Omgjøringsprosenten har variert i årenes løp. Gjennomsnittlig omgjøringsprosent i årene 2003 – 2008 utgjorde13,3 pst. Det er ikke holdepunkter for at Pasientskadenemndas praksis har blitt strengere.

Behandlingen av erstatningsutmålingssakene førte til en gjennomsnittlig oppjustering av erstatningsnivået med 12,4 pst. i 2008. Dette er lavere enn i 2007, og antas å skylde økt harmonisering mellom Norsk pasientskadeerstatnings og Pasientskadenemndas praksis.

I 2008 ble det berammet 27 nemndsmøter, mot 25 året før. Tendensen har i de senere år vært at pasienter i økende grad lar seg representere ved advokat. 45 pst. av pasientene var representert ved advokat i 2008. Andelen av pasienter som har vært representert ved pasientombud har derimot vært synkende, og utgjorde både i 2007 og 2008 i rundt 7 pst., mot 11 pst. i 2006.

Helt siden pasientskadeloven trådte i kraft 1. januar 2003 har antall rettssaker øket betydelig, men med noe reduksjon fra 2006, før antallet igjen har vært på vei oppover. I perioden 2004 – 2008 har Pasientskadenemnda mottatt til sammen 435 stevninger. Pasientskadenemnda har til enhver tid rundt 80-90 løpende rettssaker. Pasientskadenemnda har blitt frikjent i rundt 75 pst. av rettssakene som ender med dom. Om lag 35 – 40 pst. pst. av alle stevningene som kommer inn til ordningen ender med å bli trukket før hovedforhandlingene. Dette antas å ha hatt sammenheng med kort søksmålsfrist (fire måneder). Søksmålsfristen er endret til seks måneder fra 1. april 2009.

Det er en målsetning at rettssakene skal føres av Pasientskadenemndas egne medarbeidere. I 2008 ble om lag 81 pst. av alle gjennomførte hovedforhandlinger foretatt av Pasientskadenemndas egne medarbeidere, mot 58 pst. i 2007. 2008 var et rekordår både hva gjelder antall berammede rettssaker, antall gjennomførte hovedforhandlinger, antall avsluttede rettssaker og dommer.

Tilstandsvurdering 2009

Den 1. januar 2008 hadde Pasientskadenemnda 979 saker under behandling, mot 991 saker den 1. januar 2008. Tendensen har frem til 2008 vært at restansene har økt fra år til år, noe som har påvirket saksbehandlingstiden negativt. Ved årsskiftet 2007/2008 utgjorde gjennomsnittlig saksbehandlingstid om lag 14 – 15 måneder. Til sammenligning utgjorde gjennomsnittlig saksbehandlingstid ved årsskiftet 2008/2009 om lag 11 måneder. Avviklingshastigheten har økt, og dette er årsaken til at gjennomsnittlig saksbehandlingstid har gått ned til tross for nærmest uendrede restanser. Bakgrunnen for nedgangen i gjennomsnittlig saksbehandlingstid er at det i 2008 ble iverksatt en rekke tiltak. Ett av tiltakene var at nemnda delegerte deler av sin vedtaksmyndighet til sekretariatet, oppad begrenset til 25 pst. av sakene som kommer inn til ordningen. Fra 1. januar 2009 er dessuten et nytt sett med varanemndsmedlemmer blitt tatt i bruk. Endelig er det ansatt flere saksbehandlere. Hvorvidt saksbehandlingstiden vil bli ytterligere redusert i 2010 påvirkes bl.a. av antall avviklende saker i Norsk pasientskadeerstatning. Nemnda forventer en økning i antall nye saker i 2010.

Den 30. april 2009 hadde PSN mottatt 36 stevninger, hvilket innebærer en økning på om lag 25 pst. sammenlignet med samme periode i 2008. Prognosen for 2009 er at PSN vil motta om lag 100 nye stevninger. Om lag 10 pst. av alle ferdigbehandlede klagesaker ender i rettsapparatet.

For 2010 foreslås det en styrking av driftsbudsjettet til Pasientskadenemnda med 3,85 mill. kroner. I 2010 vil det bli også lagt større fokus på utvikling av IT-systemer.

Kap. 3723 Pasientskadenemnda

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
16	Refusjon av foreldrepenger	5		
18	Refusjon av sykepenger	71		
50	Premie fra private		500	500
	Sum kap. 3723	76	500	500

Kap. 724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
01	Driftsutgifter	29 821	30 267	24 513
21	Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten, *kan nyttes under post 70*	17 994	16 572	
61	Tilskudd til turnustjenesten	120 831	146 354	
70	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	41 539	46 367	
71	Tilskudd til Nordiska högskolan för f olkhälsovetenskap mv.	14 296	15 451	
	Sum kap. 724	224 481	255 011	24 513

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er:

- bevilgningen til Helsepersonellnemnda under post 01 flyttet til kap. 726, post 01.
- hele bevilgningen under post 21 flyttet til kap. 783, post 21 og kap. 762, post 21
- hele bevilgningen under kap. 724, post 61 flyttet til kap. 783, post 61.
- hele bevilgningen under kap. 724, post 70 flyttet til kap. 783, post 79 og kap. 762, post 70.
- bevilgningen til NIOM under kap. 724, post 71 flyttet til kap. 770, post 70.
- 13,4 mill. kroner under kap. 724, post 71 flyttet til kap. 703, post 70.

Post 01 Driftsutgifter

Formål og hovedprioriteringer

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) har ansvar for å behandle og avgjøre søknader om autorisasjon og lisens for helsepersonell utdannet i Norge og i utlandet. Etaten har administrative oppgaver i forbindelse med turnustjeneste for leger, fysioterapeuter og kiropraktorer og forvalter tilskudd til turnustjeneste og enkelte andre tiltak. Saksbehandlingen skal sikre at søkere som får autorisasjon og lisens har de kvalifikasjoner som kreves, slik at man bidrar til å ivareta pasientenes sikkerhet og til god kvalitet på helsetjenestene. Helsedirektoratet har etatsstyringsansvaret for SAFH.

Resultatrapport 2008

Det er 29 helsepersonellgrupper som omfattes av autorisasjonsordningen. SAFH fattet i underkant av 22 000 enkeltvedtak om autorisasjon eller lisens i 2008. De største gruppene er sykepleiere (om lag 6000), hjelpepleiere og omsorgsarbeidere (om lag 5600) og leger (om lag 1500). Nær halvparten av sykepleierne og 2/3 av legene som fikk autorisasjon hadde sin utdanning utenfor Norge.

I 2008 var om lag 1300 leger under turnustjeneste. Årlig søker om lag 400 kandidater om særplass eller andre særordninger. Autorisasjonskontoret forvaltet i 2008 om lag 130 mill. kroner i tilskuddsmidler, storparten til dekning av kommunenes kostnader ved turnustjeneste for leger.

Helsefagarbeiderne er en ny gruppe helsepersonell på videregående skoles nivå med to år på skole og to år i lønnet praksis. Gruppen omfattes av autorisasjonsordningen fra 2008. Det første kul-

let fullfører skolegang og praksis sommeren 2010. På sikt vil helsefagarbeidere erstatte hjelpepleiere og omsorgsarbeidere som ikke lenger utdannes. Disse gruppene kan søke om konvertering av sin autorisasjon til helsefagarbeider.

Tilstandsvurdering 2009

Falske dokumenter i forbindelse med autorisasjonsbehandling utgjør et økende problem. SAFH har fokus på å avdekke falske dokumenter, bl.a. ved gode verifikasjonssystemer og kontakt med politi og andre offentlige myndigheter. Helsepersonell utdannet utenfor EØS-området skal få sine søknader avgjort i rimelig tid, og SAFH bistår Helsedirektoratet med å utarbeide et forbedret system for godkjenning og kvalifisering av disse søkerne. SAFH arbeider med å innføre et nytt elektronisk saksbehandlingssystem som kan forenkle saksbehandling, gebyrinnkreving og oppdatering av Helsepersonellregisteret.

Kap. 3724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
02	Gebyrinntekter	19 123	17 923	
04	Gebyrinntekter			18 497
16	Refusjon av foreldrepenger	333		
18	Refusjon av sykepenger	556		
	Sum kap. 3724	20 012	17 923	18 497

Kap. 725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
01	Driftsutgifter	149 438	100 340	112 932
	Sum kap. 725	149 438	100 340	112 932

Post 01 Driftsutgifter

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er et faglig selvstendig organ under Helsedirektoratet. Kunnskapssenterets overordnede mål er å bidra til effektive, tilgjengelige, trygge og likeverdige helsetjenester ved å sette helsetjenesten og forvaltningen bedre i stand til å fatte beslutninger som kommer pasienter og befolkningen til gode. Kunnskapssenterets bidrag er å sørge for at forskningsbasert kunnskap er oppsummert på en systematisk måte og er tilgjengelig for alle som trenger det for å fatte beslutninger på ulike nivåer.

Kunnskapssenterets kjerneaktiviteter er kunnskapshåndtering, kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og kvalitetsmåling. Forskning, undervisning og formidling er viktige aktiviteter som skal understøtte kjerneaktivitetene.

Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene er Kunnskapssenterets viktigste oppdragsgivere. Statens legemiddelverk, helsepersonell og brukerorganisasjonene er andre viktige bestillere.

Kunnskapssenteret har i 2008 prioritert utredninger innen legemidler, kreft, psykisk helse og rus og har levert til sammen 33 publikasjoner innen disse feltene. Kunnskapssenteret formidlet i tillegg kunnskapsoppsummeringer gjort av andre, for eksempel SBU i Sverige, Cochrane collaboration og fra andre internasjonale miljøer.

Kunnskapssenteret har arbeidet aktivt med systemer for vurdering av ny behandling. Etaten har en satsning på en nettside der vurdering av ny teknologi er i fokus (Mednytt.no)

I 2008 overtok Kunnskapssenteret sekretariatsfunksjonen for Campbell Collaboration, som er et verdensomspennende samarbeid for å holde oppdatert oversikt over alle eksisterende og nye stu-

dier om effekten av alle typer virkemidler innenfor feltene sosial velferd, utdanning og kriminalitetsforebyggende arbeid.

Kunnskapssenteret har ansvaret for gjennomføring av undersøkelser av pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten inkludert brukererfart kvalitet. Senteret har en viktig rolle i utvikling av nye målemetoder for å monitorere helsetjenestens ytelser. Gjennom Nasjonal enhet for pasientsikkerhet har Kunnskapssenteret ansvaret for å tilrettelegge for en økt satsning innen pasientsikkerhet og å tilrettelegge for systemer som synliggjør de største sikkerhetsrisikoområdene for helsetjenestens virksomhet.

Helsebiblioteket abonnerer på fri tilgang for helsepersonell til 2 300 tidsskrifter, alle de viktigste referansedatabasene i medisin og helsefag, og oppslagsverk som Norsk Elektronisk Legehåndbok og Clinical Evidence. Det er en økning i besøk på nettsidene på over 30 pst. fra 2008 til 1.kvartal 2009. Helsebiblioteket er etablert som en tjeneste for å utjevne forskjellene i Norge mellom de som har god tilgang til faglitteratur, og de som ikke har hatt slik tilgang. Denne tilgangen til faglitteratur kan være med på å heve kvaliteten på helsetjenestene. Det innebærer økonomiske besparelser å gjøre abonnementsavtalene nasjonale i stedet for lokale.

Kunnskapshåndtering

Kunnskapssenteret arbeider innenfor området kunnskapshåndtering med å oppsummere forskningsbasert kunnskap og med undervisning og støtte til kunnskapsbasert praksis og til gode faglige retningslinjer. Kunnskapssenteret bidrar til å øke kompetansen i kunnskapshåndtering i universitets- og høgskolesektoren gjennom undervisningstilbud. Systematiske kunnskapsoppsummeringer er viktige bidrag til beslutninger på alle nivåer i helsetjenesten. Kunnskapsoppsummeringene fokuserer på effekt av tiltak i helsetjenesten. I tillegg utarbeider Kunnskapssenteret helseøkonomiske evalueringer. Kunnskapssenterets tjenester er etterspurt.

Kvalitetsmåling

Kunnskapssenteret skal utvikle sin rolle som et nasjonalt kompetansemiljø for kvalitetsmåling, både for å gi relevante data i forhold til aktørene i norsk helsetjeneste, men også for å sette norsk helsetjeneste i et internasjonalt perspektiv. Kunnskapssenteret skal videreutvikle sitt arbeid med å måle helsetjenestekvalitet og pasientsikkerhet. Måling av brukererfart kvalitet vil stå sentralt i arbeidet.

Kunnskapssenteret skal arbeide med utvikling og analyse av kliniske kvalitetsindikatorer gjennom bruk av data fra nasjonale helsetjenesteregistre og pasientadministrative systemer. Dataenes relevans for utøvere, pasienter og brukere i helsetjenesten vil danne grunnlag for utviklingen på dette feltet. Fagfeltet vil bli utviklet i relasjon til en rekke internasjonale samarbeidsprosjekter innen Nordisk Ministerråd, OECD, Commonwealth Fund, EU og andre.

Pasientsikkerhet

For å understøtte helsetjenestens arbeid med pasientsikkerhet har Nasjonal enhet for pasientsikkerhet fått i oppdrag å forberede en nasjonal pasientsikkerhetskampanje. Målet med kampanjen er å redusere uønskede hendelser på utvalgte innsatsområder i kampanjeperioden. Kampanjen skal legge grunnlaget for varige resultater, både på innsatsområdene og på kvalitet og pasientsikkerhet generelt. Resultatet av kampanjeinnsatsen skal være målbart. Kampanjen vil ta utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten, men velge enkelte innsatsområder som er overførbare til kommunehelsetjenesten. Sykehjem vil bli invitert til å delta. Planleggingen av kampanjen er i startfasen og aktørene som skal delta i kampanjen blir invitert med i forberedelsesarbeidet gjennom å delta i styringsgruppe og arbeidsgrupper. Det tas sikte på kampanjestart senhøstes 2010 eller tidlig i 2011. Det foreslås å styrke Nasjonal enhet for pasientsikkerhet med 2 mill. kroner i 2010 for å forberede og iverksette kampanjen.

Sekretariat for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten

Kunnskapssenteret har ansvar for en sekretariatsfunksjon for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten. Mange av sakene er basert på brede beslutningsgrunnlag fra Kunnskapssenteret. Rådet har diskutert enkeltsaker, som innføring av nye og kostbare behandlingsmetoder, screening eller HPV vaksinering av unge jenter. Mer prinsipielle saker har vært offentlig finansierte kliniske studier og system for innføring av ny teknologi. Sekretariatet sto for et vellykket arrangement av Rådets konferanse Helse i Utvikling – 08 Sekretariatsfunksjonen skal videreutvikles. Rådet har gjennomført en egenevaluering der betydningen av sekretariatsfunksjonen understrekes, og sekretariatet utfordres til ytterligere innsats for å hente inn aktuelle problemstillinger. Sekretariatet vil arbeide aktivt for å spre kunnskap internasjonalt om Rådets arbeidsform som et helsepolitisk virkemiddel.

Senteret skal etablere en ordning for oppfølging av EUs celledirektiv.

Merknad til budsjettforslaget

Det foreslås omdisponert 3 mill. kroner fra andre poster under Helse- og omsorgsdepartementets budsjett til fullfinansiering av emnebiblioteket psykisk helse. Videre foreslås bevilgningen styrket med 3 mill. kroner til drift av Helsebiblioteket. Det foreslås omdisponert 3,5 mill. kroner fra andre poster under Helse- og omsorgsdepartementets budsjett til drift av hovedkontoret til The Campbell Collaboration. Bevilgningen foreslås styrket med 2 mill. kroner til pasientsikkerhetskampanje. Det vises til omtale ovenfor.

Kap. 3725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
02	Diverse inntekter			124
03	Oppdragsinntekter	40 166	120	
16	Refusjon av foreldrepenger	433		
18	Refusjon av sykepenger	1 175		
	Sum kap. 3725	41 774	120	124

Kap. 726 Statens helsepersonellnemnd

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
01	Driftsutgifter			6 060
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 70*	14 246	21 239	
70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	65 502	77 224	
71	Kjøp av opptrening og helsetjenester, *kan overføres*	76 446	39 884	
	Sum kap. 726	156 194	138 347	6 060

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er bevilgningen under
- post 01 flyttet fra kap. 724, post 01
- post 21 flyttet til kap. 733, post 21
- post 70 flyttet til kap. 733, post 79, til kap. 763, post 79 og til kap. 781, post 73
- post 71 flyttet til kap. 733, post 72

Post 01 Driftsutgifter

Statens helsepersonellnemnd

Statens helsepersonellnemnd er en uavhengig klagenemnd som behandler klager fra helsepersonell. Klagene gjelder avslag på søknad om autorisasjon, administrative reaksjoner gitt av Statens helsetilsyn og avslag på spesialistgodkjenning. Statens helsepersonellnemnd er også Apotekklagenemnd for enkelte avgjørelser truffet av Statens legemiddelverk.

Målet med avgjørelsene i nemnda er en mest mulig riktig avgjørelse i den enkelte sak. Hensynet til helsepersonellets rettssikkerhet gjør at kontradiksjon og grundighet er viktig under saksforberedelsen. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid skal ikke overstige fire måneder. Klagerne skal til enhver tid være godt informert om rutiner og forventet framdrift ved nemndas behandling av klagesaker.

Nemnda har i 2008 behandlet 83 saker (83 saker i 2007). Sakene fordeler seg med 35 fra Statens helsetilsyn, 44 fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, 2 fra Den norske tannlegeforening og 2 fra Statens legemiddelverk. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var 2,7 måneder (3,4 måneder i 2007).

Nemnda har i løpet av første halvår i 2009 behandlet 52 klagesaker. Gjennomsnittlig saksbehandlingtid i perioden var i overkant av tre måneder.

Kap. 727 Tannhelsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
21	Forsøk og utvikling i tannhelsetjenesten, *kan nyttes under post 70*	10 586	9 500	
70	Tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	57 412	56 378	
	Sum kap. 727	67 998	65 878	

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er bevilgningene flyttet til kap. 770.

Kap. 728 Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
01	Driftsutgifter			3 624
21	Spesielle driftsutgifter	42 481	50 208	
70	Tilskudd	21 861	23 357	
	Sum kap. 728	64 342	73 565	3 624

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er bevilgningene under:
- post 01 flyttet fra kap. 729, post 01
- post 21 flyttet til kap. 781, post 21
- post 70 flyttet til kap. 781, post 79

Klagenemnda for behandling i utlandet er en uavhengig nemnd som behandler klager etter pasientrettighetsloven § 2-1 femte ledd, jf. § 7-2 annet ledd, over vedtak om avslag på søknad om dekning av utgifter til behandling i utlandet fattet av de regionale helseforetakene. Nemnda har fem medlemmer med personlige varamedlemmer.

Preimplantasjonsdiagnostikknemnda er en uavhengig nemnd som behandler søknader om tillatelse til preimplantasjonsdiagnostikk etter bioteknologiloven kapittel 2A om preimplantasjonsdiagnostikk m.m. Nemnda har åtte medlemmer med personlige varamedlemmer.

Hovedmål

Begge nemndene har som hovedmål å ha god saksbehandling med begrunnede og forståelige vedtak. Det er et mål at gjennomsnittlig saksbehandlingstid er under tre måneder. Like saker skal behandles likt. Virksomheten skal gi god og lett tilgjengelig informasjon til pasienter, helsetjenesten og myndighetene.

Resultatrapportering og tilstandsvurdering for Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda

Klagenemnda for behandling i utlandet har i 2008 fattet 32 vedtak (31 vedtak i 2007). Nemnda hadde ved utgangen av 2008 syv saker som ikke var avgjort. Klagerne har fått medhold i ni pst. av sakene i 2008. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid har vært i overkant av fem måneder. Årsaken til at målet om en saksbehandlingstid på under tre måneder ikke er nådd, er at avgjørelse av flere klagesaker i 2007 ble utsatt da nemnda tok hensyn til klagernes anmodning om utsettelse. Dersom de utsatte sakene ikke medregnes, har den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden vært litt i overkant av to måneder. I løpet av første fire månedene i 2009 har nemnda fattet 16 vedtak. Det er syv restanser. Klagerne har ikke fått medhold i noen av klagesakene i 2009.

Preimplantasjonsdiagnostikknemnda har fattet 25 vedtak i 2008 (20 vedtak i 2007). Nemnda hadde

ved utgangen av 2008 tre søknader som ikke var avgjort. Nemnda har innvilget 88 pst. av søknadene i 2008. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid har vært i overkant av tre måneder. Årsaken til at målet om en saksbehandlingstid på under tre måneder ikke er nådd, er at nemnda hadde sitt første møte først i juni 2008. I løpet av de første fire månedene i 2009 har nemnda fattet seks vedtak. Det er åtte restanser. Fire søknader har blitt innvilget i 2009. En søknad har blitt avslått og en begjæring om omgjøring av nemndas vedtak førte ikke frem.

Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda er organisert som en administrativ virksomhet.

Kap. 729 Pasient- og brukerombud

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
01	Driftsutgifter	35 288	42 128	54 062
60	Helsetjeneste til innsatte i fengsel	107 533	113 959	
70	Behandlingsreiser til utlandet	98 885	100 236	
71	Tilskudd til Norsk Pasientforening mv.	5 151	5 837	
	Sum kap. 729	246 857	262 160	54 062

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er bevilgningene under:

- 3,6 mill. kroner flyttet fra post 01 kap. 728, post 01
- post 60 flyttet til kap. 762, post 61 og kap. 732, post 70
- post 70 flyttet til kap. 733, post 70
- post 71 flyttet til kap. 762, post 71

Formålet med Pasient- og brukerombudsordningen er å arbeide for å ivareta pasientenes behov, interesser og rettsikkerhet overfor helsetjenesten og for å bedre kvaliteten i helsetjenesten.

Pasient- og brukerombudet skal utføre sin virksomhet selvstendig og uavhengig. Pasient- og brukerombudet er administrativt underlagt Helsedirektoratet. Pasientombudsordningen ble forankret i lov ved vedtakelsen av pasientrettighetsloven i 1999. Fra 1. januar 2003 ble ansvaret for pasientombudene overført fra fylkeskommunene til staten. I 2008 ble det vedtatt å utvide pasientombudsordningen med virkning fra 1. september 2009. Endringene innebærer at pasientombudsordningen utvides fra avgrensningen til spesialisthelsetjenesten, til også å gjelde kommunale helse- og sosialtjenester. Nytt navn er pasient- og brukerombud.

Før utvidelsen av ordningen var antall årsverk 41,6. I tillegg kommer 3 stillinger i Oslo kommune. Fra 1. september er ordningen utvidet med 27,9 årsverk, slik at samlet antall årsverk blir 72,5, inkl. utvidelsen i Oslo kommune. Bevilgningen for 2010 er styrket for å finansiere helårseffekten av utvidelsen av ombudsordningen.

Landets pasient- og brukerombud mottar om lag 11 000 henvendelser årlig. Etter mange år med vekst har antallet henvendelser flatet ut. Henvendelsene til pasient- og brukerombudene handler om brudd på rettigheter i spesialisthelsetjenesten generelt, men særlig innenfor psykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I disse siste gruppene fins pasienter med særlige behov for bistand fra pasient- og brukerombudene. Pasient- og brukerombudene utgir årlige meldinger og årsrapporter. Rapportene gir informasjon om ombudenes virksomhet og kontakt med pasienter og tjenesteapparatet. Det vises for øvrig til sammendrag av pasientombudenes årsmeldinger for 2008, jf. www. helsedirektoratet. no/pasientombudet.

Merknader til budsjettforslaget

I forbindelse med utvidelse av pasientombudsordningen ble bevilgningen til pasientombudene økt med 7,5 mill. kroner i statsbudsjettet for 2009. For å sikre helårsvirkning av tiltaket forelås det å øke bevilgningene med 15 mill. kroner i 2010.

Programkategori 10.30 Spesialisthelsetjenester

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
732	Regionale helseforetak	88 573 728	102 740 675	98 843 931	-3,8
733	Habilitering og rehabilitering			178 723	
734	Særskilte tilskudd til psykisk helse- og rustiltak			155 949	
737	Kreftregisteret	83 808	87 496		-100,0
	Sum kategori 10.30	88 657 536	102 828 171	99 178 603	-3,5

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
01-23	Statens egne driftsutgifter	4 852	8 095	61 992	665,8
70-89	Andre overføringer	88 319 070	102 730 076	99 106 611	-3,5
90-99	Utlån, statsgjeld m.v.	333 614	90 000	10 000	-88,9
	Sum kategori 10.30	88 657 536	102 828 171	99 178 603	-3,5

Kap. 732 Regionale helseforetak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	4 852	8 095	8 354
70	Særskilte tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75*	6 862 842	619 218	341 691
72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, *kan overføres*	32 249 080	38 578 080	40 409 437
73	Basisbevilgning Helse Vest RHF, *kan overføres*	10 893 463	13 167 191	14 057 339
74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, *kan overføres*	8 060 453	10 043 940	10 718 406
75	Basisbevilgning Helse Nord RHF, *kan overføres*	6 988 739	9 011 808	9 511 682
76	Innsatsstyrt finansiering, *overslagsbevilgning*	16 822 848	18 721 282	19 148 942
77	Poliklinisk virksomhet mv., *overslagsbevilgning*	2 170 854	2 042 346	2 313 459
78	Forskning og nasjonale kompetansesentre, *kan overføres*	783 054	832 312	858 114

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
79	Raskere tilbake, *kan overføres*	501 900	478 048	483 567
81	Tilskudd til store byggeprosjekter, *kan overføres*	1 059 092	652 543	287 312
82	Investeringslån, *kan overføres*	1 770 000	1 075 812	689 628
83	Opptrekksrenter for lån fom. 2008, *overslagsbevilgning*	72 937	120 000	6 000
86	Driftskreditter		7 300 000	
91	Opptrekksrenter for lån tom. 2007, *overslagsbevilgning*	333 614	90 000	10 000
	Sum kap. 732	88 573 728	102 740 675	98 843 931

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er:

- Helseregistre: 32 mill. kroner flyttet fra kap. 732, post 70 til kap. 782, post 70.
- Samhandling: 33 mill. kroner flyttet fra kap. 732, post 70 til kap. 761, post 21.
- Kreftregisteret: 90,3 mill. kroner flyttet fra kap. 737, post 70 til kap. 732, post 70.
- Regional sikkerhetsavdeling Dikemark: 9,2 mill. kroner flyttet fra kap. 729, post 60 til kap. 732, post 70.

Fra 2009 ble de regionale helseforetakenes driftskreditter i private banker omgjort til driftskreditter i staten. I denne forbindelse ble det bevilget 7,3 mrd. kroner som en engangsbevilgning i saldert budsjett for 2009. For 2010 og senere år vil bevilgningsforslaget kun omfatte endringer i driftskredittrammen. Dette tekniske forholdet forklarer hvorfor bevilgningene til de regionale helseforetakene samlet sett reduseres fra 2009 til 2010.

De regionale helseforetakene har ansvar for å skaffe befolkningen i sin region nødvendige spesialisthelsetjenester. Spesialisthelsetjenesten løser de oppgaver som krever kompetanse og ressurser ut over det som dekkes ved primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager, og fyller dermed en viktig funksjon i en helhetlig behandlingskjede. En robust primærhelsetjeneste er fundamentet i den helhetlige helsetjenesten. Regjeringens samhandlingsreform, jf. St.meld. nr. 47 (2008-2009), legger til rette for en ny framtidig kommunerolle slik at kommunene i større grad enn i dag kan fylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpet. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning i kombinasjon med vekt på standardiserte behandlingsforløp og pasientenes behov for koordinerte tjenester.

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) skal ifølge mandatet sammenlikne nøkkeltall i norsk spesialisthelsetjeneste med andre nordiske land. Frischsenteret/SINTEF Helse har gjennomført et prosjekt på oppdrag fra utvalget. Norge har større utgifter til spesialisthelsetjenester enn de andre nordiske landene. Det er en tendens til at forskjellene i ressursbruk innen somatisk virksomhet reduseres over tid, da det var en noe sterkere vekst i ressursbruken i de andre landene enn i Norge i perioden 2005 til 2007. Det pekes på følgende mulige forklaringsfaktorer på høyere utgifter i Norge:

- kostnadsnivået (lønnsnivået) i spesialisthelsetjenesten i Norge er høyere enn i de andre nordiske landene
- aktivitetsnivået i spesialisthelsetjenesten er høyere i Norge
- samlet er produktiviteten i spesialisthelsetjenesten i Norge på nivå med Sverige og Danmark, men betydelig lavere enn Finland.

Helse- og omsorgsdepartementet mener at funnene viser betydningen av å få til en bedre arbeidsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Dette underbygger budskapet i samhandlingsreformen.

Styringen av de regionale helseforetakene skjer i hovedsak gjennom myndighetsvedtak, dvs. lover, forskrifter og andre overordnede politiske vedtak, herunder budsjettvedtak. Pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften er andre eksempler på slike vedtak.

Det helsepolitiske oppdraget samt tildeling av midler, skjer gjennom oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene. Gjennom foretaksmøter settes styringskrav på økonomi- og organisasjonsområdet.

Regionale helseforetak har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til regionens befolkning samt eieransvar for underliggende helseforetak dvs. sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. Ivaretakelse av «sørge for»-ansvaret innebærer utstrakt bruk av offentlige helseforetak og kjøp av tjenester fra private aktører. I tillegg til pasientbehandling, har regionale helseforetak ansvar for at helseforetakene utfører forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende.

Finansiering av de regionale helseforetakene er i hovedsak todelt og består av basisbevilgning og aktivitetsbasert finansiering. Finansieringsordningenes viktigste formål er å understøtte de regionale helseforetakenes «sørge for»-ansvar. Fordelingen av basisbevilgningen mellom de fire regionale helseforetakene bestemmes bl.a. av antall innbyggere i regionen, alderssammensetning og ulike sosioøkonomiske kriterier.

Styrene i helseforetakene er sentrale i styringsmodellen for spesialisthelsetjenesten. Et flertall av de eierutnevnte styremedlemmene er folkevalgte kandidater valgt etter forslag fra fylkeskommunene, kommunene og Sametinget.

Sykehusøkonomi

Regjeringen følger opp Soria Moria-erklæringen om at sykehusenes økonomi skal styrkes slik at flere pasienter får behandling og ventetidene holdes lave. Ut over generell pris- og lønnsjustering av tilskudd foreslås det bevilget 1 452 mill. kroner mer til drift i 2010 sammenliknet med saldert budsjett 2009, med følgende fordeling:

- Vekst i pasientbehandlingen med om lag 1,3 pst. fra 2009 til 2010: 885 mill. kroner.
- Ny inntektsfordeling gjennom økt bevilgning: 525 mill. kroner.
- Opptrappingsplan for rusfeltet styrkes med 150 mill. kroner, hvorav til spesialisthelsetjenesten: 42 mill. kroner.

I tillegg foreslås det bevilget inntil 250 mill. kroner i investeringslån til kjøp av tomt på Gullaug i Lier kommune og 65 mill. kroner i investeringslån til igangsetting av nytt lokalsykehus i Vesterålen.

De regionale helseforetakene må i utgangspunktet håndtere pensjonskostnader på linje med andre kostnader innenfor sine økonomiske rammer. Pensjonskostnadene for 2010 anslås å være reelt noe lavere enn for 2009. I tråd med ovennevnte prinsipp er det ikke foretatt endringer i basisbevilgningen som følge av dette.

Fra 2009 ble de regionale helseforetakenes driftskreditter i private banker omgjort til driftskreditter i staten. I denne forbindelse ble det bevilget 7,3 mrd. kroner som en engangsbevilgning i saldert budsjett 2009. For 2010 og senere år vil bevilgningsforslaget kun omfatte endringer i driftskredittrammen. Dette tekniske forholdet forklarer hvorfor bevilgningene til de regionale helseforetakene samlet sett reduseres fra 2009 til 2010.

Økt pasientbehandling

Etterspørselen etter spesialisthelsetjenester øker, og regjeringen møter det økte behovet med å styrke sykehusenes økonomi slik at flere pasienter kan få behandling. Budsjettforslaget legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen med om lag 1,3 pst. på nasjonalt nivå fra anslag for 2009, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og juni 2009. Blant annet for å understøtte målet om høyere prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, legges det til rette for en aktivitetsvekst på 2,5 pst. på kap 732, post 77 Polikliniske refusjoner mv., mens det under ordningen med innsatsstyrt finansiering kap. 732, post 76 er lagt til rette for en aktivitetsvekst på 1,2 pst. Dette tilsier isolert sett et bevilgningsbehov på 1 011 mill. kroner. Aktiviteten ved sykehusene i 2009 antas å bli noe lavere enn lagt til grunn i saldert budsjett for 2009, svarende til 126 mill. kroner i redusert bevilgningsbehov på de aktivitetsbaserte tilskuddsordningene (innsatsstyrt finansiering og tilskudd til poliklinisk behandling). Sammenliknet med saldert budsjett for 2009 blir derfor bevilgningsøkningen (1 011-126) 885 mill. kroner.

Den generelle veksten i pasientbehandlingen er beregnet på hele inntektsgrunnlaget til helseforetakene, og gjelder derfor all pasientbehandling. Det er lagt til grunn en gjennomsnittlig marginalkostnad på 80 pst. for den økte aktiviteten.

Omfordeling Magnussenutvalget

Det foreslås å fullføre den nye inntektsfordelingen i tråd med Magnussenutvalgets innstilling (NOU 2008: 2) gjennom økt bevilgning i 2010. Det innebærer at Helse Sør-Øst RHF, som ellers ville fått redusert sin bevilgning som følge av omleggingen, ikke får redusert sine inntekter. Oppdatering av Magnussen-utvalgets kriterier tilsier at det i 2010 bevilges 525 mill. kroner til fullføring av ny inntektsfordeling.

Særskilt styrking gjennom Opptrappingsplan for rusfeltet

Det foreslås en samlet styrking av rusfeltet med 150 mill. kroner gjennom Opptrappingsplan for rusfeltet, hvorav 42 mill. kroner til spesialisthelsetjenesten.

Investeringslån til regionale helseforetak

Det foreslås bevilget inntil 250 mill. kroner i investeringslån til kjøp av tomt på Gullaug i Lier kommune. Før lånet kan løses ut må Helse Sør-Øst RHF framforhandle og styrebehandle en kjøpsavtale. Den styregodkjente kjøpsavtalen skal forelegges Helse- og omsorgsdepartementet. Det understrekes at den foreslåtte lånebevilgningen ikke innebærer noen endring i prioriteringsrekkefølgen til sykehusprosjekter i Helse Sør- Øst.

Videre foreslås det bevilget 65 mill. kroner i investeringslån til igangsetting av nytt lokalsykehus i Vesterålen. Samlet kostnadsramme for prosjektet utgjør om lag 800 mill. kroner og det foreslås avsatt en øvre ramme på 305 mill. 2008-kroner i låneopptak som utbetales i perioden 2010 til 2013. Helse Nord er i gang med forprosjektering som vil bli tilpasset samhandlingsreformen. Det forutsettes at Helse Nord RHF gjør endelig vedtak om igangsetting hvor regionen kan vise til en forsvarlig økonomisk bæreevne før Helse- og omsorgsdepartementet vil løse ut lånet.

Plan og melding fra de regionale helseforetakene

Plan og melding fra de regionale helseforetak er en del av grunnlaget for budsjettforslaget. I meldingsdelen omtales sentrale krav til de regionale helseforetakene i 2008 og 2009. I plandelen presenteres prioriterte områder og oppgaver for 2010.

Rapportering 2008 og status 2009

Pasientbehandling og ventetider

Helse- og omsorgsdepartementet har i oppdragsdokumentene stilt krav om at den prosentvise veksten innenfor psykisk helsevern og rusbehandling i 2008 skulle være sterkere enn somatisk virksomhet. Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) har i sin rapport for 2008 evaluert departementets krav. BUS bruker aktivitetstall og kostnadstall for å analysere kravet. BUS konkluderer med at kravet er oppfylt for de regionale helseforetakene samlet sett, men at det er vanskeligere å trekke konklusjoner på regionalt helseforetaks nivå. Utvalget konkluderer med at Helse Sør-Øst RHF klart oppfyller kravet vurdert ut fra aktivitetsdata og kostnadsdata.

Utvalget er usikre på aktivitetstallene innen rusbehandling, og velger å bruke kostnadstall. I alle regionale helseforetak var veksten i kostnader i rusbehandling større enn veksten i kostnader i somatikk. Når det gjelder psykisk helsevern for voksne, vurderer BUS kravet ut fra både aktivitetstall (døgnopphold og poliklinikk) og kostnadstall. I Helse Vest RHF var aktivitetsveksten innen døgnopphold i psykisk helsevern for voksne lik somatikk, mens kostnadsveksten viste seg å være lavere innen psykisk helsevern for voksne sammenlignet med somatikk. I Helse Midt-Norge RHF økte antall døgnopphold i psykisk helsevern for voksne mer enn i somatikk, mens veksten for polikliniske konsultasjoner og kostnader viste et motsatt bilde. I Helse Nord RHF var det mindre vekst i psykisk helsevern for voksne enn somatikk, både målt i antall konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne og i kostnader.

Det samlede antall sykehusopphold for somatiske spesialisthelsetjenester økte med 3,2 pst. fra 2007 til 2008. Økningen var størst for dagopphold med 6,2 pst., mens antall døgnopphold økte med 1,3 pst. Polikliniske konsultasjoner økte med 2,6 pst. etter korreksjon for dagrehabilitering. Veksten under ISF-ordningen var om lag 1,5 pst. som forutsatt i St.prp. nr.1 (2007-2008). Det har vært en liten økning i den gjennomsnittlige ventetiden for rettighetspasienter innen somatisk pasientbehandling fra 2007 til 2008.

I 2008 mottok om lag 53 000 barn og unge behandling i det psykiske helsevernet. Det tilsvarer en økning på 7,3 pst. fra året før. Fra 1. september 2008 ble det innført en ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser. Ventetidsgarantien skal sikre at ingen med rett til nødvendig helsehjelp skal vente mer enn 65 virkedager på behandling, og alle skal ha rett til vurdering innen ti virkedager. Flere pasienter får vurdert sin henvisning innen ti virkedager etter innføringen av ny garantiordning. Totalt sett fikk 90 pst. av pasientene med psykiske eller rusrelaterte lidelser under 23 år vurdert henvisningen innen 10 virkedager i 3. tertial 2008. Dette er en økning på 7 prosentpoeng sammenlignet med situasjonen før innføring av ventetidsgarantien. Tall fra 3. tertial 2008 viser at det var 81 pst. som hadde en faktisk ventetid under 65 virkedager. Den gjennomsnittlige ventetiden innen psykisk helsevern for barn og unge er redusert for rettighetspasienter fra 2007 til 2008, i tråd med kravet i oppdragsdokumentene.

Innen psykisk helsevern for voksne var det nærmere 53 000 oppholdsdøgn. Det tilsvarer en økning på 2,4 pst. fra året før. Det ble utført nærmere 1,1 mill. polikliniske konsultasjoner som er en økning på om lag 11 pst. fra året før. I tråd med kravet i oppdragsdokumentene er den gjennomsnittlige ventetiden for rettighetspasienter redusert sammenlignet med 2007.

De regionale helseforetakene rapporterer at de har iverksatt systemer i den offentlige helsetjenesten som innebærer at henvisninger innen psykisk

helsevern blir koordinert, slik at pasientene selv slipper å henvende seg til flere tjenesteytere for å få hjelp.

Omstillingen i psykisk helsevern med økt vekt på desentralisering og utadrettet arbeid er ikke fullført.

Andelen rusmiddelavhengige pasienter med behov for tverrfaglig spesialisert behandling, og som ikke fikk behandling innen fastsatt behandlingsfrist, var om lag 25 pst. i 2008. Det har vært en økning i antall nyhenviste pasienter til tverrfaglig spesialisert behandling fra 2007 til 2008. I samme periode økte antall polikliniske konsultasjoner for rusmiddelavhengige innen tverrfaglig spesialisert behandling, mens kapasiteten på plasser innen døgntiltak var uendret.

Innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere har ventetiden for rettighetspasienter steget med en dag fra 2007 til 2008. Helse Vest RHF har redusert ventetiden for rettighetspasienter i tråd med styringskravet i oppdragsdokumentet. I Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF er ventetiden uendret. I Helse Sør-Øst RHF økte ventetidene fra 2007 til 2008, men sammenlignet med de andre helseregionene var ventetidene vesentlig kortere. Dette skyldtes i stor grad kort ventetid ved akuttinstitusjonene i Oslo.

Den spesialiserte delen av LAR-tilbudet er organisert i regionale sentra. LAR Øst i Helse Sør-Øst RHF er, ved siden av å være regionsenter, også et nasjonalt kompetansesenter. Rehabiliteringsarbeidet i LAR foregår i regi av kommunenes sosial- og helsetjenester.

Siden 2002 er antall personer som mottar LAR mer enn fordoblet. Ifølge Statens institutt for rusmiddelforskning, er antall injiserende rusmiddelavhengige estimert til å være om lag 8 200–12 500. Det anslås at om lag halvparten av antall injiserende rusmiddelavhengige kan være aktuelle for LAR (om lag 4000–6000). Antall på venteliste inkluderer både personer som er ferdig utredet og venter på oppstart av behandling, og personer som står på søkerliste for utredning ved rapporteringstidspunktet. Fordelingen per 30. april 2009 (tall fra Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF) og LAR Øst):

- Helse Sør-Øst RHF: 3448 i behandling, 174 på venteliste
- Helse Vest RHF: 1070 i behandling, 74 på venteliste
- Helse Midt-Norge RHF: 336 i behandling, 20 på venteliste
- Helse Nord RHF: 298 i behandling, 41 på venteliste
- Sum hele landet: 5152 i behandling, 309 på venteliste

Forslag til forskriftsfesting av LAR, samt nasjonale retningslinjer for LAR har vært på høring. Det tas sikte på at forskrift og retningslinjer gjøres gjeldende fra 1. januar 2010. I forskriftsforslaget forutsettes det blant annet at LAR kun kan startes og avsluttes i spesialisthelsetjenesten.

Faglighet, kvalitet og prioritering

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess som må forankres organisatorisk hos ledelsen på alle nivå i tjenesten, og prege kulturen i hele organisasjonen. De regionale helseforetakene har i 2008 og 2009 arbeidet med kvalitetsforbedring gjennom oppfølging av lovpålegg, egne strategier og oppfølging av oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Opprettelse og utvikling av nasjonale medisinske kvalitetsregistre er av avgjørende betydning for å dokumentere behandlingskvalitet, som grunnlag for klinisk forbedringsarbeid og for å kunne sammenlikne behandlingsresultater mellom sykehus. Det har derfor vært stort fokus på dette i oppdragsdokumentene for 2008 og 2009. De regionale helseforetakene har ansvar for utvikling av felles løsninger for medisinske kvalitetsregistre, og etablering, drift og finansiering av de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene, herunder kreftregisteret med underliggende kvalitetsregistre. I 2009 ble det avsatt 32 mill. kroner innenfor inntektsrammen til de regionale helseforetakene for å sikre samordning og utvikling av felles infrastruktur. Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ble etablert i Helse Nord RHF ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). Arbeidet med utvikling av felles tekniske løsninger er ansvarsplassert i Helse Midt-Norge RHF. De regionale helseforetakene har etablert en interregional styringsgruppe, forankret hos fagdirektørene, og det er etablert samarbeid mellom SKDE, de regionale helseforetakene, Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet med sikte på samordning mellom nasjonale medisinske kvalitetsregistre og øvrige sentrale helseregistre.

Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere er andre viktige tiltak for å sikre god behandlingskvalitet. De regionale helseforetakene rapporterer at de i 2008 har bidratt til å identifisere områder hvor det er behov for nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, og at de har deltatt i Helsedirektoratets arbeid med å utarbeide slike.

Velfungerende meldesystemer er viktige for å redusere antall feil og uønskede hendelser i virksomhetene. I alle regionale helseforetak foregår arbeid med å utvikle og implementere felles elektroniske system for rapportering av uønskede hen-

delser. Samtlige regionale helseforetak samarbeider med Nasjonal enhet for pasientsikkerhet.

Resultatene for 2008 viser at det fortsatt er forbedringspotensial på sentrale nasjonale kvalitetsindikatorer som epikrisetid, korridorpasienter og individuell plan. Departementet har tatt opp utviklingen på indikatorområdet med de regionale helseforetakene i foretaksmøtene. Departementet forutsetter at helseforetakene iverksetter tiltak for å levere gode resultater på de nasjonale kvalitetsindikatorene.

Alle helseforetak har etablert kliniske etikkkomiteer (KEK). Komiteene drøfter saker knyttet til enkeltpasienter og saker av generell karakter. I 2008 har det vært en økt aktivitet i mange kliniske etikk-komiteer. Et flertall oppgir å ha inkludert tverrfaglig spesialisert rusbehandling innenfor ansvarsområdet.

De regionale helseforetakene skal sørge for tolketjenester til den samiske befolkning og til innvandrere ved behov. Helseforetakene melder om at de arbeider med å øke bevisstheten blant ansatte om behovet for tolk og at det legges til rette for bruk av tolketjenester. De regionale helseforetakene har etablert et samarbeidsorgan med Sametinget for tilrettelegging av tolketjenester. Samisk Nasjonalt Kompetansesenter (SANKS) i Helse Nord RHF har fått i oppgave å bidra til å utvikle og opprettholde særskilt forståelse for samisk språk og kultur innen psykisk helsevern i regionen.

For å sikre at tilbudet er tilpasset behovene og er av høy kvalitet, har departementet satt i gang et arbeid med å etablere et nytt helhetlig styringssystem for lands- og flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten. Departementet ga i 2008 de regionale helseforetakene i oppdrag å utarbeide et helhetlig forslag til hvilke landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten det er behov for i et femårsperspektiv, og hvor disse bør lokaliseres. Forslaget skal utarbeides med utgangspunkt i nasjonalt fastsatte kriterier. Sentrale aktører, herunder brukerne, Helsedirektoratet, universitets- og høyskolesektoren og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, involveres i arbeidet. Helse Vest RHF leder arbeidet. Departementet har endelig beslutningsmyndighet for etablering og avvikling av funksjoner etter tilråding fra Helsedirektoratet.

Det er et mål å sikre lik henvisningspraksis og tilgjengelighet til lands- og flerregionale funksjoner. For å sikre lik tilgang har Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF fulgt opp departementets krav om å opprette faglige referansegrupper for de funksjonene de er tillagt ansvar for.

Det er et mål å sikre lik henvisningspraksis og tilgjengelighet i helsetjenesten. Årlig melding viser at andel pasienter med rett til nødvendig helsehjelp varierer mellom regionene. De regionale helseforetakene har deltatt i det nasjonale prosjektet «Riktigere prioritering» i regi av Helsedirektoratet. Prosjektet skal bidra til at prioriteringene innenfor hvert enkelt fagområde er i samsvar med prioriteringsforskriften og praktiseringen mer lik mellom og innad i de ulike regionale helseforetakene. I løpet av 2008 og 2009 er det utviklet nasjonale prioriteringsveiledere innenfor 32 fagområder/spesialiteter som gir anbefalinger om rettighetsstatus og frister til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Habilitering og rehabilitering

De regionale helseforetakene rapporterer i årlig melding om aktivitet og prioriteringer innenfor habilitering og rehabilitering. Det er i Hovedstadsprosessen i Helse Sør-Øst RHF lagt stor vekt på rehabilitering. Habiliteringstjenestene har hatt minst samme aktivitet i 2008 som året før. I de senere år har en arbeidet sammen med de private institusjonene for å få en tydeligere prioritering i samsvar med pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften, og bedre bemanning. Resultater av dette er at de private institusjonene samlet har en økning i antall opphold fra 2007 til 2008.

Helse Vest RHF har lagt til rette for en langsiktig satsing på å videreutvikle habiliterings- og rehabiliteringstjenestene i regionen i samsvar med regional plan for habilitering og rehabilitering. Det er vedtatt å styrke habiliterings- og rehabiliteringsfeltet i 2009, der følgende formål er vektlagt: Regional enhet for rehabilitering ved alvorlig hodeskade, kjøp av rehabiliteringstjenester fra private rehabiliteringsinstitusjoner og styrking av habiliterings- og rehabiliteringstjenester i samsvar med den regionale planen. I 2008 har det i liten grad vært økning i kapasiteten, men det har vært arbeidet med videreutvikling av tjenestene innenfor eksisterende rammer.

Helse Midt-Norge RHF har en egen plan for rehabiliteringsfeltet som er under realisering. Helse Nord RHF har fra 2004 hatt en langsiktig rehabiliteringsplan. I budsjettet for 2009 er habiliterings- og rehabiliteringstjenesten, samt læringsog mestringssentrene, styrket gjennom øremerkede stillinger.

Forskning og innovasjon

Den strategiske satsingen på forskning i helseforetakene har ført til økt forskningsaktivitet både ved universitetssykehusene og i lokal- og sentralsykehus. Helseforetakene rapporterer på resultater og

ressursbruk til forskning, og har bidratt til utviklingsarbeid av nasjonale målesystemer for forskning, jf. omtale under kap. 732, post 21.

Det har vært en økning i antall artikler og avlagte doktorgrader også fra 2007 til 2008, jf. omtale under kap. 732, post 78. Helse Sør-Øst RHF står for om lag 60 pst. av forskningsaktiviteten. Ut over det statlige øremerkede tilskuddet til forskning, prioriterer alle de regionale helseforetakene midler til forskning gjennom basisbevilgningen. Fra 2007 registreres også helseforetakenes ressursbruk til utviklingsarbeid i tillegg til forskning. De regionale helseforetakene rapporterer en total årlig ressursbruk til forskning og utvikling på om lag 2 mrd. kroner.

Det er etablert formaliserte prosesser for etablering og gjennomføring av forskningssamarbeid mellom de regionale helseforetakene, gjennom formaliserte forskernettverk innenfor flere fagområder. Området «alvorlige psykiske lidelser» er vedtatt som ny felles satsing i 2009, i tillegg til nevrovitenskapelig forskning og hjerte-kar forskning. Samarbeidet er forankret i de regionale samarbeidsorganene og Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning (NSG). Det vurderes også å etablere forskningssamarbeid innenfor muskel- og skjelettlidelser og helsetjenesteforskning. Den nasjonale samarbeidsgruppen (NSG) har også vedtatt en handlingsplan for kombinert spesialist- og doktorgradsutdanning i medisin (dobbelkompetanse). Handlingsplanen skal peke på konkrete tiltak for å gjøre det lettere å kombinere en klinikk- og forskerkarriere, og derved rekruttere flere med medisinsk embetseksamen til en forskerkarriere.

Alle de regionale helseforetakene rapporterer at de prioriterer oppbygging av forskningskompetanse innen forskningssvake fagområder, som rus, psykisk helse og habilitering/rehabilitering. Helse Vest RHF har rusforskning som et av sine nye strategiske satsninger. Helse Nord RHF har også rusforskning som satsingsområde og har ansatt forskningsleder og konsulent for å bygge området videre opp. Helse Sør-Øst RHF har gitt støtte til en egen forskerskole innen psykiatri og rus, etablert i samarbeid med Universitetet i Oslo. Et eget forskningsnettverk innen psykiatri er videreført. Alle regionale helseforetak rapporterer om at det er satt fokus på kjønnsperspektivet i klinisk forskning.

De regionale helseforetakene har utviklet og tatt i bruk et felles system for elektroniske søknader og rapportering på midler til forskning i helseforetakene, som også vil synliggjøre forskningsaktivitet på prioriterte fagområder. Det er også iverksatt et utviklingsarbeid med sikte på å etablere et felles registreringssystem for kliniske studier. Alle de regionale helseforetakene har foretatt en gjennomgang og styrking av de kvalitetssikringssystemer som er etablert for forskning i helseforetakene. Det er satt i verk ulike tiltak i alle de regionale helseforetakene for å sette fokus på forskningsetikk og habilitet ved vurdering av forskningssøknader.

De regionale helseforetakene følger opp satsingen på behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007-2011). Det er inngått en samarbeidsavtale om satsingen mellom Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, Forskningsrådet og Innovasjon Norge, samt utarbeidet en felles handlingsplan mellom de regionale helseforetakene for å konkretisere og operasjonalisere satsingen. Handlingsplanen skal sikre tilstrekkelig fokus på innovasjon gjennom bl.a. styrings- og ledelsesforankring og ved å etablere gode innovasjonsnettverk både regionalt og nasjonalt. Det har vært en vesentlig økning i antall offentlige forsknings- og utviklingskontrakter med helseforetakene fra 7 i 2005 til 21 i 2008.

Utdanning

Helsepersonellets kompetanse er en sentral forutsetning for faglighet og kvalitet i tjenestene. Helseforetakene skal være viktige læringsarenaer for helsepersonell som har helseforetakene som arbeidssted eller som turnus- eller praksisarena.

De regionale helseforetakene samarbeider med universiteter og høgskoler om behov for ulike utdanningstilbud. Videre- og etterutdanningstiltak skal planlegges slik at de samsvarer med nåværende og fremtidige krav til og utfordringer i helsetjenesten. I Helse Vest RHF har det i 2008 vært et særskilt fokus på lederopplæring, og det er utviklet verktøy for kompetansekartlegging av medarbeiderne for å kunne planlegge riktige utdanningstilbud. Helse Midt-Norge RHF ser behov for ytterligere systematisert og styrket kompetanseutvikling og har vedtatt en egen handlingsplan for strategisk HR hvor det kreves kompetanseplaner på ulike nivåer i helseforetakene. Også Helse Nord RHF arbeider med utvikling av en regional strategisk kompetanseplan.

Helseforetakene skal sørge for systemer, strukturer og lederforankring i alle ledd av helseforetaksgruppen slik at helseforetakene er attraktive læringsarenaer. Helse Sør-Øst RHF vil i 2009 etablere et regionalt utdanningsutvalg på strategisk nivå som et rådgivende organ for utdanning og kompetansebehov. Et forprosjekt skal legge føringer for det videre arbeid med strategisk kompetanseutvikling. Helse Vest RHF satser på regionalt

lederprogram, intern kompetanseutvikling i foretaksgruppen, og etablering av program for videre-/etterutdanning innenfor kvalitetsfeltet. Det legges opp til nær dialog med utdanningsinstitusjoner om undervisningsplaner og faglig innhold i de ulike studiene. Helse Midt-Norge RHF benytter styringsdialogen med helseforetakene og prioriterte utviklingsprosesser og prosjekter til å styrke utdanningstiltakene.

Helseforetakene skal sikre et godt samarbeid med utdanningsinstitusjonene i helseregionene gjennom etablerte samarbeidsorgan, inngåtte samarbeidsavtaler og god dialog. Alle regionale helseforetak melder at de har etablert samarbeidsorgan med universitet og høgskoler i regionen. Helse Sør-Øst RHF vedtok i 2008 en handlingsplan for dobbeltkompetanseløp (doktorgradsarbeid og spesialistutdanning) innen medisin.

Det er en utfordring å legge til rette for riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser i helseforetakene. Kunnskapsdepartementet fastsetter, i samråd med Helse- og omsorgsdepartementet, aktivitetskrav for den enkelte høgskole hvor helseforetakene er en praksisarena. Helseforetakene arbeider med fagutvikling innenfor praksisfeltet, tilpasset de endringer som skjer i behandlingsformer og organisering. De som har helseforetakene som læringsarena skal oppleve at praksis og turnus er strukturert og at det gis god veiledning.

Helseforetakene skal gjennom samarbeid med fylkeskommunene bidra til at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser, med et særlig fokus på ambulansearbeiderutdanningen og den nye helsefagarbeiderutdanningen. Helse Vest RHF har et spesielt fokus på å etablere ordninger for lærlinger til helsearbeiderfaget. Helse Stavanger HF opprettet i 2008 et opplæringskontor for alle lærlinger i foretaket og 22 lærlinger skal ha to års læretid i helseforetaket.

Det skal utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene gjennom effektive utdanningsløp i helseforetakene, og de regionale helseforetakene skal sørge for god nasjonal, regional og lokal fordeling av leger og mellom spesialiteter. Helse- og omsorgsdepartementet fordeler hvert år et bestemt antall nye legestillinger til hver region. De regionale helseforetakene skal fortløpende gi melding til en database i Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling om stillingsstrukturen, slik at myndighetene kan følge hvordan ledige stillinger benyttes og hvilke spesialiteter som tildeles utdanningsstillinger. Departementet har de siste årene spesielt vektlagt behovet for utdanning av geriatere, psykiatere og arbeidsmedisinere. I 2008 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å medvirke til forsøk med tre måneders psykiatritjeneste i turnustjenesten for leger. Flere helseforetak, i hver region, er i gang med å etablere slike forsøk etter ulike modeller. De regionale helseforetakene utarbeidet våren 2009 i fellesskap en rapport som skal ligge til grunn for økning av utdanningskapasiteten av geriatere.

Samordning av tjenestene

I oppdragsdokumentene for 2008 ble det stilt krav om at de regionale helseforetakene skulle videreføre arbeidet med lokale samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner i eget område, i tråd med føringene i Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS og tilhørende veileder. Videre ble det stilt krav om at de regionale helseforetakene skulle følge og videreutvikle samarbeidet mellom helseforetak og kommuner om pasientrettede samhandlingstiltak overfor prioriterte pasientgrupper. Arbeidet med å utvikle lokale avtaler og organisatoriske systemer er videreført i alle regionale helseforetak, helseforetak og i kommunene. En rapport fra SINTEF Helse (november 2008) viser at alle helseforetak har avtaler med kommuner i sitt opptaksområde og at avtalene dekker somatisk helsetjeneste, psykisk helsevern og rus. Alle helseforetak har opprettet fora for samarbeid, og de fleste kommuner er representert i slike fora.

Prehospitale tjenester

Helse- og omsorgsdepartementet har i løpet av 2008 og 2009 mottatt arbeidsgrupperapportene «En helhetlig gjennomgang av de prehospitale tjenestene med hovedvekt på AMK-sentralene og ambulansetjenesten» og «Frivillige organisasjoner og ambulansetjenesten». Departementet vil se disse rapportene i sammenheng og følge dem opp på egnet måte.

Behandling av kronisk smerte

Tilbudet til kroniske smertepasienter er fulgt opp i styringsdialogen med de regionale helseforetakene. Styringssignalene til de regionale helseforetakene tidligere år har ikke blitt tilstrekkelig fulgt opp. Derfor har tre av fire foretaksmøter i 2009 lagt til grunn at de respektive regionale helseforetak har økt fokus på pasientgruppen, og også i 2009 arbeider videre med å legge til rette for et styrket tilbud for kroniske smertepasienter.

Organisatoriske krav og utvikling

Rapportering 2008

Departementet oppnevnte i januar 2008 nye styrer for de regionale helseforetakene. Disse har en funksjonstid på 2 år, eller inntil det oppnevnes nye styrer. Det vil bli oppnevnt nye styrer tidlig i 2010.

Departementet har gjennom de senere års eierkrav lagt større vekt på nasjonal styring og samordning på tvers av regionene. De regionale helseforetakene fulgte i 2008 opp slike krav knyttet til blant annet mulig samordning av stabs- og støttefunksjoner. De regionale helseforetakene oversendte i 2008 departementet en plan for oppfølging av det tidligere utredningsarbeidet på dette området. Det er nå etablert prosjekter på følgende områder: personal, økonomi og innkjøp, og nasjonalt oppgjørskontor for gjestepasienter. Departementet har i 2009 bedt om rapportering av tiltak som sikrer forankring og implementering av prosjektene i regionene, samt en vurdering av prosjektenes lønnsomhet og deres strategi for gevinstrealisering.

Miljøvern og klimapolitikk ble i 2008 trukket frem som et prioritert område for spesialisthelsetjenesten. Det ble satt krav til de regionale helseforetakene om å følge opp regjeringens handlingsplan om miljø- og samfunnsansvar i offentlige anskaffelser. Siktemålet med dette har vært å medvirke til at det offentlige går foran som en ansvarlig forbruker ved å etterspørre miljøvennlige varer og tjenester som er tilvirket etter høy etisk og sosial standard. Videre ble de regionale helseforetakene bedt om i fellesskap kartlegge etablerte miljøtiltak i sektoren som har overføringsverdi, samt å utrede blant annet hvordan de kan benytte sin «innkjøpsmakt» til å fremme en miljøriktig utvikling. De regionale helseforetakene har fulgt opp dette gjennom et arbeid som er omtalt i felles rapport til departementet i oktober 2008, hvor det også ble gitt anbefalinger om videre oppfølging på miljøområdet. Dette ble fulgt opp i foretaksmøtene for 2009.

Et annet sentralt tema i spesialisthelsetjenesten i 2008 var hvordan helsetjenesten skal ivareta grunnleggende verdier om likebehandling uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn. Departementet gjennomførte i juni 2008 en større konferanse for de regionale helseforetakene og helseforetakene hvor dette var tema. Departementet bidro med dette til å understreke betydningen av at spesialisthelsetjenesten arbeider kontinuerlig med denne type problemstillinger.

Tidligere Helse Sør RHF og Helse Øst RHF ble i 2007 slått sammen til Helse Sør-Øst RHF, jf. St.prp. nr. 44 (2006-2007). Helse Sør-Øst RHF ble etablert med målsetting om å få til bedre samordning og ressursutnyttelse i den sammenslåtte regionen og i hovedstadsområdet spesielt. Helse Sør-Øst RHF gjennomførte i 2008 en prosess for å etablere en helhetlig regional strategi for utvikling og omstilling av tjenestetilbudet i regionen, også omtalt som hovedstadsprosessen. Forslaget ble sendt på høring i juni 2008, og styret tok endelig stilling til strategien og løsningsforslagene på slutten av 2008.

Status 2009

Gjennom foretaksmøter for 2009 har departementet stilt krav til de regionale helseforetakene om å videreføre arbeidet på en rekke områder for å oppnå større grad av nasjonal styring, samordning og standardisering. Dette gjelder bl.a. tiltak for å bedre kvaliteten i anskaffelsesprosesser, samordning av stabs- og støttefunksjoner, organisering av parkeringstilbud ved sykehusene og tiltak for å oppfylle de nasjonale miljø- og klimamålene. Departementet har også bedt om at de regionale helseforetakene sikrer at kontakt med stiftelser rutinemessig revideres mot gjeldende regelverk og retningslinjer utarbeidet av de regionale helseforetakene. Det er stilt en rekke krav knyttet til standardisering og utvikling av IKT-området. Det vises også til omtalen under kap. 700 post 01 om etableringen av Norsk Helsenett SF. De regionale helseforetakene har fattet vedtak om å avgi sine respektive aksjer i Norsk Helsenett AS som grunnlag for etableringen av Norsk Helsenett SF, i tråd med vedtak i foretaksmøter i juni 2009.

Helse Sør-Øst RHF har siden sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst i 2007 arbeidet med å få til en bedre samordning og ressursutnyttelse i regionen generelt og i hovedstadsområdet spesielt. Et resultat av dette arbeidet er endringer i foretaksstrukturen i regionen. Vestre Viken HF ble etablert 1. juli 2009. Vestre Viken HF består av de tidligere helseforetakene Blefjell sykehus HF avd. Kongsberg, Ringerike sykehus HF, Sykehuset Asker og Bærum HF og Sykehuset Buskerud HF. De to øvrige avdelingene ved Blefjell sykehus HF, Notodden og Rjukan, ble på samme tidspunkt innlemmet i Sykehuset Telemark HF. Oslo universitetssykehus HF ble etablert 1. januar 2009. Oslo universitetssykehus HF består av tidligere Aker universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF og Ullevål universitetssykehus HF. Oslo universitetssykehus HF er landets største helseforetak, med om lag 24 000 ansatte. Helseforetaket ivaretar lands- og regionsfunksjoner, leverer spesialisthelsetjenester og har også lokalsykehusfunksjoner for Oslos befolkning. I tillegg står helseforetaket for en bety-

delig andel av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge. Inntil endelig organisering av Oslo universitetssykehus HF er på plass, vil virksomhetene ved sykehusene Aker, Rikshospitalet og Ullevål videreføres som tidligere.

Økonomi

Rapportering 2008

Det ble lagt til grunn at alle regionale helseforetak skulle gå i balanse i 2008, tilsvarende et årsresultat i null. Samtidig ble det presisert at økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske parametere utover kostnadsnivået hensyntatt i basisrammen, ikke skulle inngå i resultatkravet. De økonomiske kravene ble fordelt og konkretisert til den enkelte helseregion i foretaksmøter i januar 2008.

Ved behandlingen av St.prp. nr. 59 (2007-2008), jf. Innst. S. nr. 270 (2007-2008) ble det vedtatt å øke bevilgningene til de regionale helseforetakene i 2008 med til sammen 3 200 mill. kroner for å dekke økte pensjonspremier. Pensjonskostnadene for 2008, basert på aktuarmessige beregninger pr. 31. desember 2007, viste en økning på 3 800 mill. kroner. Økningen i pensjonskostnader på 600 mill. kroner utover økningen i pensjonspremien ble unntatt fra resultatkravet. Denne differansen hadde ingen likviditetsmessig effekt. De nye resultatkravene ble fordelt og konkretisert til den enkelte helseregion i foretaksmøter i juni 2008.

I forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 13 (2008-2009), jf. Innst. S. nr. 122 (2008-2009), ble det bevilget til sammen 500 mill. kroner for å styrke likviditeten og lette omstillingsutfordringene for de regionale helseforetakene. Bevilgningen ble fordelt med 277,1 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF, 93,6 mill. kroner til Helse Vest RHF, 69,2 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF og 60,1 mill. kroner til Helse Nord RHF.

Årsregnskapene ble endelig behandlet i foretaksmøter i juni 2009.

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for at man kan gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Departementet har hatt en tett oppfølging av de regionale helseforetakene på økonomiområdet og som et ledd i dette arbeidet er det tatt initiativ til ytterligere standardisering og harmonisering av bl.a. rapportering. Formålet er i større grad å kunne frambringe sammenliknbare størrelser og å bidra til bedre styringsinformasjon. Fra og med 2007 ble det innført et utvidet månedlig rapporteringsopplegg der økonomi, bemanning, omstilling, aktivitet og enkelte indikatorer for kvaliteten i tjenesten kan sees i sammenheng. På bakgrunn av denne rapporteringen har departementet fulgt opp utviklingen gjennom månedlige oppfølgingsmøter med de regionale foretakene. Som følge av manglende økonomisk resultatoppnåelse i 2007, fant foretaksmøtene avholdt i januar 2008 det nødvendig å legge mer detaljerte føringer for de regionale helseforetakenes styring og oppfølging, både når det gjelder styringsbudskap og krav til oppfølging og rapportering. Dette gjelder blant annet bedre kontroll med bemanningsutviklingen, krav til konkretisering, gjennomføring og oppfølging av nødvendige omstillingstiltak og krav til risikostyring og intern kontroll.

Resultater 2008

Tabell 5.1 viser at samlet for de regionale helseforetakene var det i 2008 et negativt avvik fra resultatkravet på 700 mill. kroner. Dette er en forbedring på 750 mill. kroner sammenliknet med resultatet i 2007. Dersom en tar hensyn til at 500 mill. kroner ble bevilget ved behandling av St.prp. nr. 13 (2008-2009), jf. Innst. S. nr. 122 (2008-2009), er imidlertid resultatet om lag på nivå med 2007.

Underskuddet i 2008 påvirkes både av inntektsført netto gevinster ved salg av anleggsmidler på om lag 232,8 mill. kroner og kostnadsført nedskrivning av eiendeler på om lag 92,5 mill. kroner. Slike nedskrivninger foretas når eiendeler har et varig verdifall, og denne type engangseffekter er ikke direkte knyttet til den ordinære driften av foretakene. Regnskapene for 2007 ble påvirket tilsvarende av nedskrivninger på om lag 119 mill. kroner og gevinst ved salg av anleggsmidler på 90 mill. kroner.

Tabell 5.1 Resultatkrav og resultat 2008

(mill. kroner)

	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum landet
Årsresultat 2008	-756	-253	-3	-289	-1 300
Unntak for økte pensjonskostnader 2008	331	112	89	68	600
Avvik mot resultatkrav	-425	-141	86	-221	-700

I 2008 utgjorde underskuddet om lag 2 pst. av driftsinntektene i Helse Nord RHF, 0,8 pst. i Helse Vest RHF og 0,8 pst. i Helse Sør-Øst RHF. Det positive resultatet i Helse Midt-Norge RHF utgjorde 0,6 pst. I tabell 5.2 er utviklingen i korrigert årsresultat oppsummert for perioden 2002-2008.

Tabell 5.2 Utvikling i korrigert årsresultat 2002-2008 [1, 2, 3]

(mill. kroner)

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum landet
2002	97	-514		-313	24	-120	-826
2003	-29	-697		-524	-461	-262	-1 973
2004	58	-779		-531	-498	-175	-1 925
2005	42	-498		-182	-572	-165	-1 375
2006 [1]	-15	-307		-405	-711	-433	-1 870
Perioden 2002–2006	153	-2 795	-2 642	-1 955	-2 218	-1 154	-7 969
2007 [2]			-1 087	-90	-10	-263	-1 450
2008 [3]			-425	-141	86	-221	-700
Akkumulert			-4 154	-2 186	-2 142	-1 638	-10 120

1 For 2006 vises korrigert årsresultat justert for økte pensjonskostnader på til sammen 1 mrd. kroner som ble unntatt fra balansekravet.
2 For 2007 vises de økonomiske resultatene som avvik i forhold til eiers styringsmål der det samlede ordinære årsresultatet ikke skulle være større enn -1,4 mrd. kroner. I tillegg er økte pensjonskostnader på til sammen 3,26 mrd. kroner unntatt fra dette resultatkravet.
3 For 2008 vises de økonomiske resultatene som avvik i forhold til eiers styringsmål der det samlede ordinære årsresultatet skulle være null kroner. I tillegg er til sammen 600 mill. kroner knyttet til økte pensjonskostnader unntatt fra dette resultatkravet.

For de regionale helseforetakene samlet sett var det en sterk vekst i underskuddene fra 2002 til 2003, mens foretakene i 2004 klarte å stabilisere den negative resultatutviklingen og forbedre resultatet noe. I 2005 ble underskuddet ytterligere redusert, mens det samlede underskuddet igjen økte i 2006. I 2007 ble underskuddet noe redusert i forhold til 2006.

Resultatkravet for 2008 ble ikke oppfylt av Helse Sør-Øst RHF. Avviket mot styringskravet var imidlertid mindre i 2008 enn i 2007. Realiserte effekter av nødvendige omstillingstiltak var i 2008 vesentlig mindre og kostnadsveksten vesentlig større enn forutsatt. Departementet understreket viktigheten av at en i slike omstillingsperioder har en kontinuerlig oppfølging av risikobildet, blant annet for å sikre god økonomisk styring og kontroll. Viktigheten av god kvalitet i de prognoser som rapporteres til departementet har blitt presisert ovenfor Helse Sør-Øst RHF.

Helse Vest RHF oppnådde ikke resultatkravet for 2008, og avviket mot styringskravet var større i 2008 enn i 2007. Effekten av omstillingstiltakene i 2008 var mindre og veksten i kostnader var større enn forutsatt. Deler av underskuddet ble meddelt departementet svært sent i 2008.

Helse Midt-Norge RHF oppfylte det regnskapsmessige resultatkravet om økonomisk balanse i 2008. Den positive utviklingen det regionale helseforetaket viste i 2007 vedvarte gjennom 2008. Regionen har likevel behov for å ytterligere intensivere arbeidet med kostnadskontroll og omstilling slik at Helse Midt-Norge RHF blir i stand til å håndtere økte kostnader når hoveddelen av fase 2 av nye St. Olavs hospital tas i bruk.

Årsresultatet i Helse Nord RHF oppfylte ikke resultatkravet satt av departementet for 2008, og årsresultatet for 2008 var ikke nevneverdig forbedret i forhold til 2007. Realiserte effekter av nødvendige omstillingstiltak i 2008 var vesentlig mindre og kostnadsveksten har vært vesentlig større enn forutsatt. Viktigheten av at Helse Nord RHF har en kontinuerlig oppfølging av risikobildet for å sikre god økonomisk styring og kontroll har blitt presisert.

Om resultatmåling og akkumulerte resultater

Fram til og med 2006 ble det brukt to resultatbegrep for å måle utviklingen i økonomien i de regionale helseforetakene: regnskapsmessig årsresultat, slik det går fram av de revisorattesterte regnskapene, og korrigert årsresultat, som er det resultatmålet eier har stilt økonomiske krav i forhold til.

Med korrigert årsresultat menes regnskapsmessig årsresultat korrigert for avskrivningskostnader som ikke inngår i balansekravet, jf. St.prp. nr. 63 (2003–2004) der det er angitt at et ev. underskudd som følge av nivå på vedsettingen og levetider på anleggsmidler ikke vil påvirke de fastsatte styringsmålene knyttet til ressursbruk og tjenesteproduksjon, jf. også Innst. S. nr. 250 (2003–2004). Korrigert årsresultat vil derfor vise et bedre resultat enn regnskapsmessig årsresultat fordi det bygger på andre avskrivningsforutsetninger.

Ved inngangen til sykehusreformen ble de årlige kostnadene til gjenanskaffelse av bygg og utstyr (avskrivningskostnader) beregnet til om lag 5 mrd. kroner. Gjennom bevilgninger ble de regionale helseforetakene satt i stand til å dekke om lag 60 pst. av avskrivningskostnadene. Akkumulert over perioden fra 2002 til 2007 utgjør dette om lag 10,3 mrd. kroner i udekkede regnskapsmessige avskrivninger. I saldert budsjett for 2008 ble de regionale helseforetakene for første gang satt økonomisk i stand til å dekke regnskapsmessige avskrivningskostnader fullt ut. Det ble samtidig stilt krav om økonomisk balanse tilsvarende et årsresultat i null.

Som følge av endrede økonomiske forutsetninger, herunder særlig endrede anslag for lønnsvekst og rentenivå, har pensjonskostnadene for de regionale helseforetakene økt betydelig i perioden 2006-2008. Etter saldert budsjett for 2006 økte pensjonskostnadene med om lag 1 mrd. kroner. Kostnadsøkningen ble unntatt fra resultatkravet for 2006, jf. St.prp. nr. 39 (2005-2006) og Innst. S. nr. 121 (2005-2006). Dette økte kostnadsnivået ble lagt til grunn for bevilgningene i St.prp. nr. 1 (2007-2008), og det ble ved Stortingets behandling av budsjettforslaget lagt til grunn et årsresultat i null for 2007, jf. Innst. S. nr. 11 (2007-2008). Senhøstes 2007 forelå det ny informasjon om ytterligere økning i pensjonskostnadene med 3,26 mrd. kroner, som ble unntatt fra resultatkravet for 2007. Ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 59 (2007-2008), jf. Innst. S. nr. 270 (2007-2008), ble det vedtatt å øke bevilgningene til de regionale helseforetakene i 2008 med til sammen 3,2 mrd. kroner til dekning av økte pensjonspremier. Regnskapsførte pensjonskostnader ble samtidig anslått til å være 600 mill. kroner høyere (økte med 3,8 mrd. kroner). Differansen mellom pensjonspremien og pensjonskostnaden på 600 mill. kroner, ble unntatt fra resultatkravet for 2008, jf. tabell 5.1. Pensjonskostnader som er unntatt fra resultatkravet summerer seg til om lag 4,8 mrd. kroner for årene 2006, 2007 og 2008.

I perioden 2002–2008 har det samlede korrigerte regnskapsmessige årsresultatet vært minus 10,1 mrd. kroner. I samme periode har de regionale helseforetakene hatt et samlet regnskapsmessig årsresultat på minus 25,2 mrd. kroner. Forskjellen mellom resultatbegrepene skyldes unntak for regnskapsmessige avskrivninger som var høyere enn bevilgningen til gjenanskaffelse av bygg og utstyr på 10,3 mrd. kroner og unntak for økte pensjonskostnader på 4,8 mrd. kroner.

Tabell 5.3 Akkumulert resultat 2002-2008

Akkumulert regnskapsmessig underskudd	25,2 mrd. kr
Unntak for:	
Udekkede regnskapsmessige avskrivninger	10,3 mrd. kr
Økte pensjonskostnader	4,8 mrd. kr
Akkumulert korrigert resultat	10,1 mrd. kr

Resultatkrav for 2009

Det økonomiske opplegget for 2009 presentert i St.prp. nr. 1 (2008-2009) la til grunn at de samlede pensjonskostnadene for de regionale helseforetakene ville bli på samme nivå som i 2008, dvs. 9,2 mrd. kroner. Dette kostnadsnivået ble også lagt til grunn ved fastsettelsen av de regionale helseforetakenes basisramme for 2009. Nye beregninger med oppdatert sett av økonomiske parametere viser at pensjonskostnadene for 2009 er i tråd med forutsetningene i St.prp. nr. 1 (2008-2009). Det er stilt krav om regnskapsmessig resultat i balanse i 2009.

Status 2009

De regionale helseforetakene rapporterer hver måned til departementet på resultat, aktivitet og bemanning. I tillegg presenteres oppdaterte årsprognoser. Prognosene vil alltid være beheftet med usikkerhet. I siste rapportering til departementet oppgir alle regionale helseforetak at de styrer mot et årsresultat i balanse eller bedre.

Helse Sør-Øst har identifisert en risiko for et negativt budsjettavvik i størrelsesorden 300-400 mill. kroner. Resultatene hittil i år viser et betydelig negativt avvik mot budsjett. Helse Sør-Øst har intensivert arbeidet med å unngå underskudd i 2009.

Helse Vest vurderer det som overveiende sannsynlig at de vil kunne avlegge et regnskap i balanse i 2009 og dermed oppfylle styringskravet. Samtidig presenterer de et risikobilde der årsresultatet kan variere fra et overskudd på nær 100 mill. kroner til et tilsvarende stort underskudd.

Helse Midt-Norge leverte et årsresultat i tråd med styringskravet både i 2007 og 2008, og hadde således et godt utgangspunkt for gode økonomiske resultater også i 2009. Denne situasjonen synes å ha vedvart i 2009, og regionen melder om et antatt positivt årsresultat på 100-200 mill. kroner. Styret har vedtatt at overskudd skal benyttes til investeringer.

Helse Nord viser hittil i år negative økonomiske resultater i forhold til budsjett, men vurderer årsresultatet for 2009 til å bli om lag i balanse.

Departementet understreker at det er stilt krav om økonomisk balanse i 2009. Det forutsettes at helseforetakene iverksetter nødvendige tiltak for å innfri balansekravet.

Det gjennomføres kontinuerlig omstillings- og effektiviseringsarbeid innenfor helseforetakene. Det arbeides systematisk innen de enkelte regionene og på tvers av regionene for å få etablert bedre og mer gjennomgående styringssystemer, både i forhold til utvikling av nye indikatorer, bedre kvalitet på rapporteringer og samordnet rapportering. Mange helseforetak har i tillegg etablert egne analyseteam som fokuserer på risikovurdering og omstillingstiltak i hele foretaket. Det er videre etablert dialogmøter mellom regionale helseforetak og underliggende helseforetak der formålet er å få bedre styringsinformasjon, større forutsigbarhet, fokus på resultatkrav 2009 og tilstrekkelig kvalitet i rapporteringen.

Investeringer

De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for investeringer og drift i sykehusene. Dette helhetlige ansvaret er underbygget ved at midler til investeringer inngår som en del av de regionale helseforetakenes basisbevilgninger og ikke gjennom øremerkede tilskudd. I tillegg kan foretakene ta opp lån i Helse- og omsorgsdepartementet for å gjennomføre større investeringsprosjekter.

Kostnader som følge av slitasje og elde på bygg og utstyr framkommer som avskrivninger i foretakenes regnskaper og reflekterer tidligere års investeringer. For å opprettholde verdien på foretakenes eiendeler må de årlige investeringene over tid være lik de årlige avskrivningene. Foretakenes årlige investeringer vil variere i takt med hvilke utbygginger som pågår. Investeringstakten de senere år har vært høy, bl.a. som følge av investeringsbeslutninger ved inngangen til sykehusreformen. Selv om den samlede investeringsaktiviteten har vært høy i 2008 er samlet kapitalnivå, målt ved avskrivningskostnader, relativt konstant og utgjør om lag 5,25 mrd. kroner.

De regionale helseforetakene har totalt investert for om lag 8,4 mrd. kroner i 2008. Store deler av aktiviteten knytter seg til gjennomføring av de store investeringsprosjektene Nye Ahus, St. Olavs Hospital og forskningsbygg ved Radiumhospitalet. Da St. Olavs Hospital er et integrert universitetssykehus inngår også kostnader knyttet til universitets- og høgskolearealer i de samlede investeringstallene.

Totalt ble det tatt opp 1,77 mrd. kroner i investeringslån i 2008, jf. omtale under kap. 732, post 82. I tillegg er det utbetalt 1,06 mrd. kroner som særskilte investeringstilskudd til Nye Ahus, fase 2 av St. Olavs Hospital og forskningsbygg ved Radiumhospitalet, jf. omtale under kap. 732, post 81.

Nye Ahus ble tatt i bruk høsten 2008. Forskningsbygg ved Radiumhospitalet ble ferdigstilt i august 2009. Hoveddelen av fase 2 av St. Olavs Hospital vil bli tatt i bruk i løpet av 2010.

Tiltakspakke

Ved behandlingen av St.prp. nr. 37 (2008-2009) Om endringer i statsbudsjettet 2009 med tiltak for arbeid ble det vedtatt å øke basisbevilgningen til de regionale helseforetakene med til sammen 1 mrd. kroner, med følgende fordeling:

- kap. 732.72 Helse Sør-Øst RHF 540 mill. kroner
- kap. 732.73 Helse Vest RHF 188 mill. kroner
- kap. 732.74 Helse Midt-Norge RHF 144 mill. kroner
- kap. 732.75 Helse Nord RHF 128 mill. kroner

Midlene skal benyttes til oppgradering og vedlikehold av eksisterende bygningsmasse. Bevilgningen ble gitt som et engangstilskudd. De regionale

helseforetakene har utarbeidet konkrete tiltakslister over arbeidene som skal gjennomføres. Disse er godkjent i departementet. Arbeidene er igangsatt og går i hovedsak etter planlagt framdrift. Det skal gis en samlet tilbakemelding om gjennomføring og bruk av midler i årlig melding.

Økonomiske og organisatoriske konsekvenser av den pågående influensapandemien (influensa A (H1N1) (svineinfluensa))

Det vises til omtale under kap. 702 Beredskap. Det vil bli lagt fram en egen proposisjon i 2009 med bevilgningsforslag for å dekke helt nødvendige ekstrakostnader som ikke forutsettes dekket innenfor gjeldende budsjett for de regionale helseforetakene.

Resultatkrav 2010

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å legge til rette for riktige faglige prioriteringer og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Aktivitetsnivået i de regionale helseforetakene må tilpasses de økonomiske rammebetingelsene som er lagt for sektoren.

Det stilles krav om at alle regionale helseforetak skal gå i regnskapsmessig balanse i 2010. Til tross for at de regionale helseforetakene er pålagt å styre mot balanse, ligger det likevel an til et avvik mot styringskravet i 2009. Departementet forutsetter at helseforetakene iverksetter nødvendige tiltak for å innfri balansekravet. Kravet om balanse i 2010 vil kunne innebære omstillinger der hele bredden av foretakenes virksomhet kan bli berørt. Det forutsettes at omstillingsarbeidet skjer i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.

Prioriterte områder i 2010

Kvalitet og pasientsikkerhet

De regionale helseforetakene skal tilby befolkningen likeverdige helsetjenester av god kvalitet. Vi har en god helsetjeneste i Norge, og pasienterfaringsundersøkelser viser at det store flertall av pasientene er fornøyde. Internasjonale studier tyder imidlertid på at rundt 10 pst. av alle innleggelser i sykehus resulterer i en uønsket hendelse som ikke kan betraktes som en påregnelig komplikasjon. Anslag tyder på at minst halvparten kunne vært forebygget. Undersøkelser gjort ved enkeltsykehus i Norge tyder på at andel uønskede hendelser er høy også i Norge. For å understøtte helsetjenestens arbeid med pasientsikkerhet ønsker departementet at de regionale helseforetakene deltar i planleggingen av en nasjonal pasientsikkerhetskampanje, med sikte på kampanjestart senhøstes 2010 eller tidlig i 2011. Målet med en pasientsikkerhetskampanje er å redusere uønskede hendelser på utvalgte innsatsområder i kampanjeperioden. Kampanjen skal legge grunnlaget for varige resultater, både på innsatsområdene og på kvalitet og pasientsikkerhet generelt. Resultatet av kampanjeinnsatsen skal være målbart.

Det påbegynte arbeidet med å utvikle og implementere felles løsninger for nasjonale medisinske kvalitetsregistre vil fortsette i 2010. Helsedirektoratet har i samarbeid med de regionale helseforetakene utarbeidet forslag til kriterier/krav til nasjonale medisinske kvalitetsregistre. De regionale helseforetakene har ansvar for å videreutvikle de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene i henhold til kriteriene som blir utarbeidet. Kriteriene vil også ligge til grunn for departementets beslutning om hvilke øvrige medisinske kvalitetsregistre som skal få status som nasjonale registre. Arbeidet med nasjonale medisinske kvalitetsregistre må sees i sammenheng med øvrige nasjonale helseregistre. Det vises her til Nasjonalt helseregisterprosjekt og omtale av helseregistre under kap. 782.

Prioritering og tilgjengelighet

De regionale helseforetakene har et samlet ansvar for at befolkningen får tilgang til spesialisthelsetjenester og for at forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende ivaretas på en god måte og at disse oppgavene underbygger god og forsvarlig pasientbehandling. Disse lovpålagte oppgavene må løses innenfor de økonomiske rammer Stortinget bevilger.

Til tross for at det tilføres store ressurser til helsetjenestene i Norge er det et gap mellom etterspørsel etter helsetjenester, medisinske muligheter og tilgjengelige økonomiske og menneskelige ressurser. En aldrende befolkning, et endret sykdomsbilde og større forventninger til helsetjenesten fører til økt etterspørsel, samtidig som teknologisk utvikling og nye, men ofte kostbare medikamenter gjør at stadig flere kan behandles. De siste årene har både ventetider og antallet som venter på behandling økt noe. Dette til tross for at det også har vært en sterk økning i aktiviteten. Departementet vil i oppdragsdokumentene stille krav til at de regionale helseforetakene innenfor de økonomiske rammer de gis iverksetter tiltak for å redusere ventetidene til behandling, herunder gjøre bruk av private der dette bidrar til å redusere ventetider på en kostnadseffektiv måte.

I samhandlingsreformen er det lagt vekt på en riktigere oppgave- og ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenes-

ten. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles i spesialisert retning med vekt på standardiserte pasientforløp og koordinerte tjenester. Fornuftig og rasjonell utnyttelse av ressursene forutsetter at de regionale helseforetakene har en viss grad av frihet og fleksibilitet til å organisere sin virksomhet på en hensiktsmessig måte.

Utfordringene for helsetjenestene innebærer også behov for å prioritere for å sikre at helseressursene brukes på en best mulig måte. Nasjonalt råd for prioritering og kvalitet og de nasjonale prioriteringsveilederne er viktige verktøy i dette arbeidet.

Det er et mål at tilgjengelighet til helsetjenester er god. Rådgivningstelefonen for Fritt sykehusvalg, nettstedet for Fritt sykehusvalg og Helsetjenestens veiledningssenter skal medvirke til god og likeverdig tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester. Helsetjenestens veiledningssenter åpnet i 2009. Ved å ringe telefontjenestens nummer kan en få hjelp til å finne frem til riktig sted å henvende seg i helsetjenesten.

Stortinget har vedtatt lovendringer som innebærer at det innføres en ny refusjonsordning for helsehjelp i andre EØS-land, jf. Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) og Innst. O. nr. 134 (2008-2009). Ordningen skal i første rekke omfatte helsehjelp utenfor sykehus og vil gi norske pasienter større valgfrihet med hensyn til om de vil motta helsehjelp i Norge eller i andre EØS-land. Retten til refusjon vil gjelde helsehjelp som pasienten ville fått på det offentliges bekostning (helt eller delvis) i Norge, og i hovedsak på de samme vilkår, jf. nærmere omtale under programområde 30.10. Hovedbestemmelsen om refusjonsordningen står i ny § 5-24 a i folketrygdloven, og bestemmelser om dekning av utgifter er inntatt i kommunehelsetjenesteloven, tannhelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Refusjonsordningen skal administreres av Helsedirektoratet, jf. kap. 720, og kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak skal dekke refusjonsutgiftene for de tjenestetyper de har «sørge for»-ansvaret for. Refusjonsordningen kan ikke tre i kraft før forskrift med nærmere regler er ferdigstilt, tidligst i løpet av 2010.

Forskning og innovasjon

Implementering av ny kunnskap og nye løsninger innen IKT og medisinsk teknologi skal bidra til økt kvalitet, bedre samhandling og mer kostnadseffektiv helsetjeneste. Den pågående satsingen på behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren er vedtatt forlenget i 10 år (2007–2016) og utvidet til også å omfatte forskningsbasert innovasjon, forutsatt en positiv halvveisevaluering, jf. St.meld. nr. 7 (2008-2009) og Innst. S. nr. 170 (2008-2009). Departementet vil derfor prioritere en fortsatt strategisk satsing på forskning og innovasjon i helseforetakene i tråd med nasjonale målsettinger. Det foreslås at minst 15 mill. kroner av den del av basisbevilgningen som helseforetalene bruker til forskning, skal benyttes til forskning rettet mot samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Stortingsmelding om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg mv.

De regionale helseforetak er i revidert oppdragsdokument for 2009 bedt om å følge opp Stortingets behandling av Innst. S. nr. 240 (2008-2009), jf. St.meld. nr. 12 (2008–2009) En gledelig begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

I innstillingen gikk flertallet i helse- og omsorgskomiteen inn for at lokal jordmortjeneste fortsatt skal være et kommunalt ansvar, og at kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak skal inngå avtaler som sikrer felles utnyttelse av jordmorressursene og legger til rette for helhetlige pasientforløp. Avtalene skal omfatte beredskap for følgetjeneste.

Nåværende tallgrenser for inndeling i tre nivåer av fødeinstitusjoner oppheves og erstattes av kvalitetskrav.

De regionale helseforetakene er pålagt å iverksette tiltak som sikrer informasjon til kvinner om muligheter til valg av fødested, og kvinners rett til informasjon, veiledning og medbestemmelse når det gjelder keisersnitt, igangsetting av fødsel og smertelindring. De regionale helseforetakene skal innen 1. juli 2010 utarbeide en flerårig og lokalt tilpasset plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg sammen med berørte kommuner. Videre skal de regionale helseforetakene samarbeide med Helsedirektoratet om utarbeidelse av kvalitetskrav for fødeinstitusjoner og etablere system som sikrer at kvalitetskrav følges opp. De skal også videreutvikle perinatalkomiteenes rolle som ledd i å styrke kvalitetsarbeidet. Helsedirektoratet/Nasjonalt råd for fødselsomsorg trekkes inn i arbeidet.

Ansvar for følgetjeneste for gravide til fødeinstitusjon vil bli overført til de regionale helseforetak fra 1. januar 2010. For omtale av Nasjonalt råd for fødselsomsorg og oppdrag til Helsedirektoratet, se kap. 781 post 21.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern

Rusreformen i 2004 la grunnlag for å styrke et helhetlig spesialisert tilbud til rusmiddelavhengige,

herunder LAR. Antall henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling økte kraftig den første tiden etter reformen, for deretter å flate noe ut. De to siste årene har det igjen vært en økning. Etter rusreformen har ressursbruk til tverrfaglig spesialisert behandling i regionale helseforetak økt både gjennom økte bevilgninger og ved at regionale helseforetak har omdisponert midler innenfor egne rammer.

Stortinget vedtok i 2007 en hjemmel for å kunne forskriftsfeste rett til LAR, jf. Ot.prp. nr. 53 (2006-2007) og Innst. O. nr. 10 (2007-2008). Forskriftsutkast om regulering av LAR har vært på høring sammen med utkast til faglige retningslinjer for medikamentell behandling og rehabilitering av opioidavhengige. Målsettingen er at det nye rammeverket for legemiddelassistert rehabilitering skal tre i kraft 1. januar 2010.

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige er et prioritert område innenfor Opptrappingsplanen for rusfeltet. Til tross for økning i ressursbruken til dette formålet har ventetidene ikke gått ned, samtidig som antall fristbrudd er høyt. Tall fra Norsk pasientregister (NPR) viser at andelen som ikke har fått behandling innen fastsatt behandlingsfrist har ligget på om lag 20 pst. i hele 2008 og 1. tertial 2009. Det er derfor behov for en økning i kapasiteten i tverrfaglig spesialisert behandling. Samtidig er det behov for å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Antall pasienter med behov både for behandling for rusavhengighet og psykiske lidelser er høyt. Tjenestene lokalt og i spesialisthelsetjenesten er ikke godt nok tilpasset behovene for alle pasientene. Enkelte rusmiddelavhengige med sammensatte lidelser får derfor ikke det tilbudet de har krav på.

Etter rusreformen er det registrert store regionale og lokale variasjoner i andelen rusmiddelavhengige med rett til nødvendig helsehjelp. For å sikre likere tilgjengelighet i tjenestetilbudet har Helsedirektoratet utgitt en veileder som skal gi grunnlag for en mer enhetlig praktisering.

Etter opptrappingsplanens utløp 2010 vil det fortsatt være behov for å utvikle og styrke tjenestene både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Stortinget har vedtatt å be regjeringen fremme forslag til en sterkere satsing på helhetlig rusbehandling og oppfølging (vedtak nr. 478 av16. juni 2009).

Erfaringene fra Opptrappingsplanen for psykisk helse viser at det var nødvendig å sette konkrete mål for dimensjonering, organisering og struktur på tjenestene. Basert på Stortingets behandling av St.meld. nr. 47 (2008-2009), vil departementet legge fram forslag om en planmessig utvikling av det samlede tjenestetilbudet til rusmiddelavhengige. Det er viktig at også frivillige organisasjoner, bruker- og pårørendeorganisasjoner og andre berørte offentlige instanser blir trukket inn i arbeidet.

Psykisk helseområdet skal fortsatt ha høy prioritet selv om opptrappingsplanen er avsluttet. I de senere årene er det stilt krav om at den prosentvise veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være sterkere enn innenfor somatikk. For 2010 vil departementet følge utviklingen innen aktivitet, ventetider, personell mv innen disse fagområdene.

De overordnede mål og verdigrunnlag fra opptrappingsplanen vil fortsatt ligge til grunn for regjeringens politikk. Tilrettelegging for selvstendighet, mestring av eget liv, tydelig brukerperspektiv, desentralisering, nærhet til tjenestene, kvalitet, arbeidsrettede tiltak og forebyggende arbeid vil stå som sentrale elementer i videre utvikling av tilbudet.

De samlede hovedutfordringene i tilknytning til psykisk helse og tjenesteapparatet er nærmere omtalt i innledningen til kap. 764. For de regionale helseforetakene er utfordringene særlig knyttet til:

- Fullføre den påbegynte omstruktureringen av spesialisthelsetjenesten med økt vekt på desentralisering og utadrettet arbeid, herunder videreutvikle ambulante og polikliniske funksjoner, brukerstyrte plasser mv.
- Samhandling innad i spesialisthelsetjenesten og mellom tjenestenivåene
- Kvalitet i tjenesten med vekt på bruker- og pårørendeperspektivet, mestringsperspektivet, tilgjengelighet, kompetanseheving og kunnskapsbaserte metoder
- Redusert og kvalitetssikret bruk av tvang
- Reduserte ventetider og reduksjon av antall fristbrudd

DPS-strukturen skal utgjøre et hovedfundament i den fremtidige spesialiserte psykiske helsetjenesten. DPSene skal ha kompetanse til foreta diagnostisering og behandling av vanlige psykiske lidelser og i samarbeid med den kommunale tjenesten sørge for at det etableres et helhetlig lokalbasert psykisk helsetilbud til befolkningen. Fortsatt ivaretas allmennpsykiatriske funksjoner mange steder av sykehusavdelinger, og det er derfor en prioritert oppgave for de regionale helseforetakene å sørge for at DPSene styrkes og utvikles slik at de kan utføre sine oppgaver som forutsatt. Sykehusene skal fortsatt ha viktige oppgaver, men forutsettes å spisse sin kompetanse i forhold til oppgaver som ikke kan eller bør ivaretas av DPS eller kommune, som sikkerhetspsykiatri, lukkede akuttavdelinger og enkelte andre avgrensede spesialfunksjoner.

WHO la i oktober 2008 fram en såkalt «Baseline» rapport om psykiske helsetjenester i Europa. Rapporten viser at Norge har mange sengeplasser, sammenliknet med resten av Europa. Til sammenlikning har Sverige, Danmark og Finland grovt regnet ca. halvparten så mange døgnplasser sammenliknet med Norge, sett i forhold til befolkningens størrelse. England som har drevet en aktiv utvikling av tjenestene gjennom en rekke år, har i dag ca. tredjeparten av sengetallet i Norge, beregnet per innbygger.

I henhold til SINTEF-rapport 1/09 (basert på pasienttelling per 20. november 2007) er det fortsatt et stort antall innlagte pasienter som ville vært bedre tjent med et kommunalt tilbud (om lag 30 pst.), og en meget stor andel innlagte på akuttavdelinger som ville vært bedre tjent med opphold på annen døgnavdeling eller i hjemkommune (forsiktig estimat 55 pst.). En liknende gjennomgang av landets sikkerhetsavdelinger foretatt av regionalt kompetansesenter for retts- sikkerhets- og fengselspsykiatri tyder på at samme forhold gjelder for sikkerhetsavdelingene. Disse rapportene tyder på at en hovedutfordring i psykisk helsevern er en fortsatt omfattende flaskehalsproblematikk med mange feilplasserte pasienter, som ikke kommer videre eller kan utskrives pga. manglende adekvate tilbud på lavere nivå. De regionale helseforetakene må legge dette til grunn i sitt videre arbeid på området.

Helse- og omsorgskomiteen ba i sin innstilling til Odelstinget, jf. Innst. O. nr. 66 (2005-2006), om en vurdering av behovet for behandlingskriteriet i psykisk helsevernloven. En arbeidsgruppe vurderte dette og aktuelle tilgrensende spørsmål, og uttrykker bekymring for de høye og varierende tvangstallene i Norge. Arbeidsgruppen mener at pasienters rettssikkerhet i dagens system ikke ivaretas godt nok, at kunnskapsgrunnlaget for bruk av tvang er mangelfull, og at det er usikkert om norsk tvangslovgivning kan opprettholdes i forhold til ny FN-konvensjon. Departementet vil ta initiativ til å etablere en ny Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i de psykiske helsetjenester. Denne vil bestå av regionale/lokale tiltaksplaner utarbeidet og forankret i de regionale helseforetakene og av nasjonale tiltak i regi av Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet.

På bakgrunn av flere drap begått av personer med psykisk lidelse, oppnevnte regjeringen i 2009 et utvalg for å undersøke svikt og forbedringsmuligheter i tilknytning til behandling og oppfølging. Utvalget skal levere rapport med anbefalinger innen ultimo mai 2010. Departementet vil følge opp rapporten overfor de regionale helseforetakene.

Legespesialistutdanningen

Helsepersonelloven er endret slik at Helsedirektoratet ikke lenger skal ha adgang til å delegere myndighet til private yrkesorganisasjoner til å behandle søknader om spesialistgodkjenning (Ot.prp. nr. 83 (2008-2009)). Helsedirektoratet skal i løpet av 2010 og 2011 forberede overtakelse av oppgaven. I dette arbeidet vil det kreves et nært samarbeid med bl.a. Den norske legeforening og de regionale helseforetakene. Se nærmere omtale i kap. 783 Personell.

Samhandlingsreformen

Avhengig av Stortingets behandling av St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen må de regionale helseforetakene forberede og legge til rette for å møte de utfordringer som beskrives i meldingen. Det forutsettes at spesialisthelsetjenesten i 2010 særlig vektlegger å bidra i arbeidet med å legge til rette for framtidig kompetanse- og kunnskapsoverføring til kommunene og sterkere grad av spesialisering i spesialisthelsetjenesten. Skal en lykkes, må samhandlings- og koordineringsfunksjonen få en like tydelig ledelsesmessig og organisatorisk forankring som de spesialiserte funksjonene har i dag, og samarbeidet med kommunehelsetjenesten må gis et tydelig ansvarspunkt både organisatorisk og på et faglig overordnet nivå. Se nærmere omtale under kategoriomtale 10.60.

Prioriterte områder i eierstyringen 2010

Helseforetakene har et ansvar for å sikre befolkningen spesialiserte helsetjenester. Andre hovedoppgaver er utdanning av helsepersonell, forskning og pasientopplæring. Helseforetakene har imidlertid fortsatt utfordringer med å sikre at virksomheten gjennomføres innenfor gjeldende ressursrammer.

Økonomisk kontroll i spesialisthelsetjenesten vil også i 2010 være et prioritert område i eierstyringen av de regionale helseforetakene. Dette er viktig både av hensyn til effektiv bruk av ressursene som bevilges til sektoren, og for at helseforetakene fortsatt skal kunne yte og videreutvikle gode tjenestetilbud til pasientene, samt ivareta sine øvrige hovedoppgaver.

Et annet prioritert område er oppfølging av nasjonal styring og samordning av helseforetakene på utvalgte områder. Dette er nødvendig for å nyttiggjøre samordningsmuligheter og -gevinster som ligger i det statlige eierskapet.

Oppfølging av samordningsarbeidet i Helse Sør-Øst RHF er et område som fortsatt vil ha stor oppmerksomhet. Dette gjelder både videre gjennomføring av prosessen, at tiltakene som gjennom-

føres står i forhold til eiers styringskrav, og at tiltakene har god forankring i den gjeldende helsepolitikken slik den er trukket opp av Stortinget, regjeringen og departementet.

Andre saker

Oppfølging av anmodningsvedtak

Vedtak nr. 192, 10. desember 2007

> «Stortinget ber Regjeringen vurdere hvordan en kan sikre luftambulansen gode landingsmuligheter ved norske sykehus.»

Helse- og omsorgsdepartementet viser til St.meld. nr. 4 (2008-2009) og komiteens merknader i Innst. S. nr. 119 (2008-2009), samt Budsjett-innst. S. nr. 11 (2008-2009).

Som det framgår av omtalen i St.prp. nr. 1 (2008-2009) viser kartlegging at landingsplassenes beskaffenhet er svært varierende, fra spesielt tilrettelagte landingsplasser ved sykehusene til enkle landingsplasser i sykehusets nærområde. Nærhet mellom sykehusets akuttmottak og landingsplass, slik at transport med bilambulanse kan unngås, er vesentlig av hensyn til tidsfaktor, sikkerhet og skånsom transport av pasienten. Kartleggingen viser at om lag halvparten av sykehusene har landingsplass for ambulansehelikopter så nær akuttmottak at bilambulansetransport som oftest ikke er nødvendig. Flere sykehus har konkrete planer om bygging av nye landingsplasser, bl.a. som en del av større byggeprosjekter som planlegges/er i gangsatt. Imidlertid er det flere steder miljømessige forhold som er til hinder for at det kan tilrettelegges landingsplasser for helikopter i umiddelbar nærhet til sykehusets akuttmottak. Forhold som går igjen er støy for naboer (særlig om natta), eksoslukt og problemer knyttet til rotorvind (skade på biler, hus, forbipasserende mennesker). Dette innebærer at det ved mange sykehus ikke er mulig å få den optimale løsningen med landing i umiddelbar nærhet av akuttmottak. Særlig gjelder dette der sykehus er etablert i sentrale by- og/eller boligområder.

Departementet vil i styringsdialogen med de regionale helseforetakene følge opp at det er forsvarlige landingsmuligheter ved norske akuttsykehus, og at utbedring og nybygg av landingsplasser for helikopter blir vurdert i forbindelse med planlegging av byggeprosjekter, innenfor de regionale helseforetakenes økonomiske rammer.

Helse- og omsorgsdepartementet anser med dette anmodningsvedtaket som fulgt opp.

Vedtak nr. 254, 16. mars 2009

> «Stortinget ber Regjeringen kartlegge hvilket habiliterings- og rehabiliteringstilbud barn og voksne får etter cochlea implantatoperasjon.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument nr. 8:128 (2007-2008), jf. Innst. S. nr. 138 (2008-2009).

Helse- og omsorgsdepartementet ga Helsedirektoratet i tildelingsbrevet for 2009 i oppdrag å kartlegge hvilke habiliterings- og rehabiliteringstilbud barn og voksne får etter cochlea-implantasjon.

Vedtak nr. 255, 16. mars 2009

> «Stortinget ber Regjeringen kartlegge den tverrfaglige oppfølgingen barn med cochleaimplantat får frem til skolestart.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument nr. 8:128 (2007-2008), jf. Innst. S. nr. 138 (2008-2009).

Helse- og omsorgsdepartementet har i tildelingsbrevet for 2009 gitt Helsedirektoratet i oppdrag å kartlegge hvilke habiliterings- og rehabiliteringstilbud barn og voksne får etter cochleaimplantasjon, samt framskaffe oversikt over opplæringstilbud til barn og voksne i samarbeid med Utdanningsdirektoratet.

Kunnskapsdepartementet skal i 2009 gjennom en tverretatlig arbeidsgruppe, hvor Helsedirektoratet deltar, utarbeide en nasjonal veileder om opplæring av barn og unge med hørselshemning, herunder barn og unge som har fått cochleaimplantat.

Helsedirektoratet har bestilt en kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten om hvilken form for habilitering vedrørende kommunikasjon barn som har fått cochleaimplantat får. Helsedirektoratet har siden 2008 medfinansiert et longitudinelt og tverrfaglig prosjekt om språkutviklingen hos barn som får cochleaimplantat før 12 måneders alder og i alderen 12-18 måneder. Undersøkelsen ledes av CI-teamet ved Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet.

Vedtak nr. 256, 16. mars 2009

> «Stortinget ber Regjeringen sikre at CI-opererte får habilitering og rehabilitering umiddelbart etter operasjon.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument nr. 8:128 (2007-2008), jf. Innst. S. nr. 138 (2008-2009).

Helse- og omsorgsdepartementet vil stille særskilt krav i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene i 2010 om å sikre at CI-opererte får habilitering og rehabilitering umiddelbart etter operasjon. De regionale helseforetakene vil rapportere iverksatte tiltak i årlig melding for 2010.

Vedtak nr. 475, 16. juni 2009

> «Stortinget ber Regjeringen om å sikre pasientens rett til at personsensitive helseopplysninger ikke formidles i påhør av andre, blant annet under legevisitter»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument nr. 8: 70 (2008–2009), jf. Innst. S. nr. 296 (2008–2009).

Departementet har bedt Helsedirektoratet om å utarbeide et rundskriv om gjeldene regelverk på området slik at taushetsplikten, personvernet og den enkeltes personlige integritet blir ivaretatt ved ytelse av helsehjelp og ved helsepersonells informasjon og kommunikasjon med pasient.

Vedtak nr. 476, 16. juni 2009

> «Stortinget ber Regjeringen legge til rette for opplærings- og holdningsskapende tiltak for at taushetsplikten skal etterleves, eksempelvis som del av kvalitetssikringsarbeidet i helseforetakene.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dokument nr. 8:70 (2008–2009), jf. Innst. S. nr. 296 (2008–2009)

Departementet har bedt Helsedirektoratet om å ta inn en veiledning for dette arbeide i rundskriv, jf. oppfølging av vedtak nr. 475 av 16. juni 2009.

Departementet vil også foreslå bestemmelser om virksomhetsledelsens ansvar på dette område i forskriften om informasjonssikkerhet som nå er under arbeid.

Vedtak nr. 484, 16. juni 2009

> «Stortinget ber Regjeringen sørge for at alle parter som forholder seg til nakkeskader, må forholde seg til WHOs retningslinjer gjennom å bruke ICD-10-koding og ICF ved bruk av DRG (diagnoserelaterte grupper) og diagnostisering, behandling, oppfølging, skadeomfang, jus og forsikring.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Dok. nr. 8:90 (2007-2008), jf. Innst. S. nr. 353 (2008-2009).

Den internasjonale klassifikasjon av sykdommer og helseproblemer (ICD-10) er et standardisert system som er godkjent av WHO. ICD-10 angir ikke retningslinjer for diagnostikk og behandling, men for enkelte sykdomsgrupper er det utarbeidet retningslinjer for bruk av ICD-10 koder slik at det kan gi grunnlag for bedre statistikk og mer korrekt refusjon av innsatsstyrt finansiering (ISF). En slik veiledning vil også i noen grad bidra til at diagnostikken følger fastlagte prinsipper. Helse- og omsorgsdepartementet vil be Helsedirektoratet vurdere om det bør utarbeides nærmere retningslinjer for kodepraksis når det gjelder nakkeskader.

I Norge ble ICD-10 tatt i bruk i somatisk spesialisthelsetjeneste fra 1999. Det er utarbeidet kodeveiledning. Kodeverket ICD-10 benyttes blant annet som en del av aktivitetsrapporteringen i spesialisthelsetjenesten, og danner grunnlag for planlegging og dimensjonering, samt finansiering av aktiviteten gjennom ISF-systemet. Det er utarbeidet veiledningsmateriell for ICD-10. Helsedirektoratet har i brev til de regionale helseforetakene presisert at retningslinjer for koding er forpliktende for kodepraksis. Dette gjelder også for pasienter med nakkeskader.

ICF er et standardisert klassifikasjonsverktøy som skal brukes til å beskrive pasientens funksjonelle tilstand. Det kan være et supplement til ICD-10 koder med tanke på funksjonstap og hjelpebehov. ICF kodeverket er under utvikling. Helsedirektoratet deltar i et nordisk samarbeid omkring koder og standarder for ICF. Kodeverket er tilpasset behov for en oversikt over et samlet hjelpebehov, og egner seg ikke for å spesifisere tilstanden for den enkelte pasient.

Helse- og omsorgsdepartementet anser med dette vedtaket som fulgt opp.

Gjennomgang av ventelistemål

Helseforetak og institusjoner rapporterer både periode- og øyeblikkstall til Norsk pasientregister som brukes som mål i ventelistestatistikken. Med utgangspunkt i periodedata brukes antall nyhenvisninger, antall ordinært avviklede henvisninger og gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede henvisninger som ventelistemål. Ventelistemålene som brukes for øyeblikkstall er antall ventende henvisninger og gjennomsnittlig ventetid for ventende.

Norsk pasientregister har i rapporten «Aktivitetsutvikling og ventetider i somatisk spesialisthelsetjeneste 2002-2007» foretatt en vurdering av ventelistemål. I rapporten er flere av de ventelistemålene som brukes i dag problematisert. Dette er gjort ut fra flere forhold; registreringstekniske,

innholdsmessige og kvalitetsmessige. Videre er det problematisert hvorvidt de mål som brukes i dag er hensiktsmessige for styring og planlegging på aggregert nivå. Norsk pasientregister foreslår bl.a. å gjøre en vurdering av konsekvensene av det å legge median, istedenfor gjennomsnitt, til grunn ved beregning av ventetid.

Norsk pasientregisterforskriften trådte i kraft 15. april 2009, og dette gir muligheter for kvalitetssikring av ventelistedata og legger et grunnlag for å utvikle ventelistemål.

Helse- og omsorgsdepartementet vil med utgangspunkt i ovennevnte foreta en gjennomgang av ventetidsmålene og vurdere hvorvidt det er behov for å endre disse.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Posten dekker tilskudd til ulike utviklingsprosjekter i spesialisthelsetjenesten. Nedenfor omtales enkelte av prosjektene som vil bli finansiert innenfor bevilgningsforslaget på 8,4 mill. kroner i 2010.

Evaluering av ny inntektsfordeling for regionale helseforetak

Det er satt av 4 mill. kroner til evalueringer av det nye inntektssystemet, jf. St.prp. nr. 1 (2008-2009) og Budsjett-innst. S. nr. 11 (2008-2009). Evalueringene skal først og fremst konsentreres om tilskudd til forskning, måling av ressursbruk til utdanning, kostnadsforskjeller mellom helseforetakene, effekten av klimatiske forhold og breddegrad på behovet for spesialisthelsetjenester samt forbruket av spesialisthelsetjenester blant innvandrere. Evalueringen av tilskudd til forskning vil bli igangsatt i løpet av 2009.

Måling av forskningsaktivitet i helseforetakene

Det er etablert et nasjonalt system for måling av forskningsaktivitet i helseforetakene. Målesystemet ligger til grunn for fordeling av den resultatbaserte delen av øremerket tilskudd til forskning i helseforetakene over kap. 732, post 78. Helse- og omsorgsdepartementet har utlyst en anbudskonkurranse for en forskningsbasert evaluering av dagens helhetlige styrings- og finansieringssystem for forskning i helseforetakene.

Det er besluttet å etablere en felles database for registrering av vitenskapelig publisering i Norge kalt» Norsk vitenskapsindeks». Det tas sikte på at helseforetakene samt universitets- og høyskolesektoren og instituttsektoren skal ta systemet i bruk fra 2011. Dette vil kunne bidra til bedre kvalitetssikring og økt samordning av sektortilpassede målesystemer for forskning. Det vises til ytterligere omtale i Kunnskapsdepartementets budsjettproposisjon (programkategori 0760, kap. 260).

Det er etablert et permanent nasjonalt rapporteringssystem for kartlegging av ressursbruk til forskning i helseforetakene. Fra 2007 er målingen samordnet med den nasjonale statistikken over forskning og utvikingsarbeid, som innebærer at helseforetakene rapporterer på ressursbruk til utviklingsarbeid i tillegg til forskning. Rapporteringssystemet er under utvikling, og i 2008 er rapporteringen justert med sikte på å kunne skille ressursbruk til henholdsvis forskning og utvikling.

Oppfølging av Vest-Tank ulykken

De sentrale helsemyndigheter bestemte i 2008 at befolkningen i kommunene Gulen og Masfjorden skulle tilbys en helseundersøkelse som en oppfølging av Vest-Tank ulykken i Gulen i mai 2007. Helse Vest RHF har gjennom Helse Bergen HF tatt et ansvar for å gjennomføre en slik oppfølgingsundersøkelse. De planlagte undersøkelsene går imidlertid utover spesialisthelsetjenestens ansvarsområde. Det ble i forbindelse med St.prp. nr. 67 (2008-2009) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2009* gitt et tilskudd på 2,5 mill. kroner til Helse Vest RHF for å dekke deler av de kostnader som Helse Vest RHF har hatt i tilknytning til helseundersøkelsen i Gulen og Masfjorden i 2008 og 2009. Tilskuddet vil bli videreført i 2010.

Landsverneplan for kulturhistoriske eiendommer

Det foreslås å avsette midler til sluttføring av det igangsatte arbeidet med landsverneplanen for helsesektoren i 2010. Prosjektet har vist at det er behov for noen supplerende prosesser med Riksantikvaren og enkelte helseforetak i forhold til enkelte verneobjekter.

Post 70 Tilskudd til helseforetakene

Hovedregelen er at tildeling til basisbevilgningene til de regionale helseforetak skjer på postene 72 til 75. Særskilte forhold gjør det nødvendig å bevilge midler over en felles post, post 70. Som følge av at Helse- og omsorgsdepartementet foreslår en ny struktur på kapittel- og postinndelingen for 2010-budsjettet, er det foretatt enkelte endringer på denne posten. Bevilgningsforslaget under post 70 på 341,7 mill. kroner dekker i 2010 tilskudd til formål som går fram av tabell 5.4.

Tabell 5.4 Bevilgningsforslag under post 70

	(i mill. kroner)
Kreftregisteret	90,3
Luftambulansetjenesten	69,2
Tilskudd til turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter	26,9
Sikkerhetsavdeling Dikemark	9,2
Sykestuefinansiering mv.	8,0
Omlegging av arbeidsgiveravgift	138,1

Kreftregisteret

Formål

Kreftregisteret, en enhet i Oslo Universitetssykehus HF, 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 2008 og tilstandsvurdering

Departementet har mottatt årsrapport fra Kreftregisteret for bruk av midlene i 2008. Det ble bevilget 83,8 mill. kroner til Kreftregisteret i 2008 til drift av virksomhet. Denne omfatter registrering, forskning, rådgivnings- og informasjonsvirksomhet. Regnskapet for 2008 omfatter denne tildelingen samt ekstern finansiering.

Hovedmål 1 Registrering

Ifølge mål om registerets kompletthet skal minst 98 pst. av alle kreftdiagnoser i Norge være registrert i Kreftregisteret. Kvalitetsundersøkelser av data ved Kreftregisteret har vist en kompletthet av kreftdiagnoser på 99,7 pst. Brystkreftprøver som ledd i mammografiprogrammet og livmorhalsprøver tatt i og utenfor screeningprogrammet er 100 pst. rapportert.

Arbeidet med rapportering til Rikstrygdeverket om nye krefttilfeller som kan være forårsaket av pasientens yrke eller arbeidsplass, med tanke på erstatning, pågår etter planen.

For å få komplette data over diagnostisk utredning, primærbehandling, sykdomsprogresjon, behandlingsintensjon, -modalitet og -utfall samt senvirkninger av behandling er det etablert kvalitetsregistre i nært samarbeid med de respektive organers faggrupper. Innledende prosjekter for elektronisk overføring av patologimeldinger og kliniske kreftmeldinger til Kreftregisteret er gjennomført i 2003-2004. Dette arbeidet er videreført gjennom prosjektet «Kreftregisterets elektroniske meldetjeneste» (KREMT) fra 2006-2008. Et system for integrering av kliniske kreftdata i sykehusenes systemer for elektronisk pasientjournal vil være en nødvendig oppfølging, som planlegges gjennomført f o m 2009.

Kreftregisteret har ansvaret for det nordiske barnekreftregisteret for solide svulster. Dette registrerer samtlige slike svulster hos barn under 15 år, anonymt, siden 1985. Norge melder komplett til registeret.

Hovedmål 2 Forskning

Ved årsskiftet 2008/2009 drev eller deltok Kreftregisteret i 113 forskningsprosjekter. Flere av studiene er basert på internasjonalt samarbeid, ofte koordinert med WHOs forskningssenter IARC (International Agency for Research on Cancer). Sammen med kolleger fra andre forskningsmiljøer publiserte Kreftregisterets ansatte 78 vitenskapelige artikler i internasjonalt anerkjente fagtidsskrifter i 2008. Kreftregisteret driver forskning på risikofaktorer for kreftutvikling, som virus, bakterier, toxiner, hormoner, sporstoffer, yrkesforhold, stråling, arv, kosthold og røyking. Kreftregisteret driver videre registerbasert klinisk forskning og kvalitetsovervåking av diagnostikk og behandling,

Hovedmål 3 og 4 Rådgivning og informasjon

«Cancer in Norway 2007» ble publisert i 2008. Denne årlige publikasjonen inneholder data over alle krefttyper, fordelt på bl.a. kjønn og alder og med fylkesvise inndelinger. I tillegg til de vitenskapelige publikasjonene har ansatte gjennom foredrag, forelesninger og intervjuer formidlet Kreftregisterets data, forskningsprosjekter og andre aktiviteter. Kreftregisterets lanserte nye nettsider i august 2008.

Budsjettforslag 2010

Kreftregisteret vil fortsette sitt arbeid innenfor registrering, forskning og rådgivning og informasjon. Arbeidet i 2010 vil være rettet mot fortsatt etablering av diagnose-, behandlings- og oppfølgingsregistre (kvalitetsregistre) for alle kreftformer i Kreftregisteret. Etableringen av et enhetlig IT-system som skal håndtere elektronisk overføring av kreftmeldinger samt registrering og koding av mottatte meldinger. Dette systemet skal understøtte utbyggingen av kvalitetsregistrene. Det foreslås en bevilgning på 90,3 mill. kroner i 2010.

Luftambulansetjenesten

Luftambulansetjenesten ANS ble opprettet 1. januar 2004, og eies av de fire regionale helseforetakene. Luftambulansetjenesten ANS er et felles ansvarlig selskap som ivaretar den operative del av luftambulansetjenesten, herunder tiltak av nasjonal karakter. Luftambulansen ANS er finansiert gjennom tilskudd fra de fire eierne, beregnet ut fra aktiviteten i den enkelte region, og gjennom tilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet til dekning av felleskostnader. I 2009 ble det bevilget 66,9 mill. kroner til luftambulansetjenesten over kap. 732, post 70. For 2010 foreslås det bevilget 69,2 mill. kroner til luftambulansetjenesten.

Det vises til omtalen av landingsforholdene for ambulanse- og redningshelikoptre. Departementet vil følge opp overfor de regionale helseforetakene at det er forsvarlige landingsmuligheter ved norske akuttsykehus, og at utredning og nybygg av landingsplasser for helikopter blir vurdert i forbindelse med planlegging av byggeprosjekter, innenfor de regionale helseforetakenes økonomiske rammer.

Tilskudd til turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter

Formålet med turnustjenesten er å kvalifisere turnuskandidatene til selvstendighet i yrkesutøvelsen og grunnlag for autorisasjon som lege eller fysioterapeut, jf. også omtale under kap. 783, post 61 Turnustjeneste. Tilskuddet skal kompensere turnusstedet (helseforetak og private opptreningsinstitusjoner) for å ha turnuskandidater i klinisk tjeneste, veilederprogrammer og kurs for turnuskandidatene. Hoveddelen av kostnadene for kandidater i turnustjeneste i sykehus dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene (kap. 732, postene 72-75).

Det årlige tilskuddet per turnusplass er 25 800 kroner i 2010, og utbetales til de regionale helseforetakene. Fra og med 2009 er tilskuddet beregnet på grunnlag av antall opprettede turnusplasser per oktober foregående år i stedet for faktisk antall gjennomførte turnusperioder. Turnustilskuddet for 2010 blir dermed beregnet etter antall opprettede turnusplasser per oktober 2009. De regionale helseforetakene skal fordele tilskudd til private opptreningsinstitusjoner som det er inngått avtale med basert på opprettede plasser per oktober 2009.

Det er om lag 450 turnusplasser for leger i sykehus per halvår. Helsedirektoratet innhenter gjennom Statens autorisasjonskontor for helsepersonell oversikt over hvor mange turnusplasser for leger som er opprettet. Forsøk med gruppebasert veiledning av turnusleger i sykehus ved Helse Førde HF og Sykehuset i Vestfold HF ble avsluttet i 2008. Som følge av positive erfaringer vurderes det å innføre en permanent ordning med gruppebasert veiledning for turnusleger i sykehus fra 2010.

Antall turnusplasser for fysioterapeuter er om lag 150 per halvår. Turnusordningen for fysioterapeuter administreres av Fylkesmannen i Troms, Hordaland og Oslo og Akershus.

Det foreslås bevilget 26,9 mill. kroner til tilskuddet i 2010. Midlene vil bli fordelt mellom de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentene for 2010.

Sikkerhetsavdeling Dikemark

Fram til og med 2009 har det vært utbetalt midler fra kap. 729, post 60 Helsetjeneste til innsatte i fengsel til Helse Sør-Øst RHF. Midlene går til drift av observasjonsenheten ved regional sikkerhetsavdeling ved Dikemark. Det foreslås å flytte og bevilge 9,2 mill. kroner til denne enheten over kap. 732, post 70.

Sykestuefinansiering mv.

Det ble bevilget 40 mill. kroner til ulike samhandlings- og forebyggingstiltak på denne posten i 2009. Midlene er fordelt til de fire regionale helseforetakene etter søknad. Midlene har gått til pilotsykehusprosjekter (8 mill. kroner), lokale samhandlingstiltak mellom kommuner og helseforetak, herunder interkommunale samarbeidsmodeller (om lag 25 mill. kroner), og forsøksordning med aktivitetsbasert finansiering av sykestuer i Finnmark (7,5 mill. kroner). I utvelgelsen av prosjekter ble det lagt vekt på tiltak som ville understøtte arbeidet og tenkningen i samhandlingsreformen. De regionale helseforetakene skal rapportere for bruken av midlene i årlig melding for 2009.

Forsøksordningen med aktivitetsbasert finansiering av sykestuene i Finnmark ble etablert i 2009,

jf. omtale i St.prp. nr. 1 (2008-2009). Det er lagt opp til at forsøksordningen kan pågå i inntil to år med mulighet for evalueringer og justeringer i løpet av forsøksperioden. Det foreslås å bevilge 8 mill. kroner til forsøksordningen med aktivitetsbasert finansiering av sykestuene i Finnmark og avholdelse av konferanser til pilotsykehusprosjekt i 2010.

Omlegging av arbeidsgiveravgift

I 2004 ble det gjennomført en omlegging i den norske ordningen med differensiert arbeidsgiveravgift. Omleggingen innebar opprettholdelse av nullsats for tiltakssonen i Nord-Troms og Finnmark, mens det for øvrige soner skulle brukes høyeste sats (14,1 pst.). I 2004 ble det innført en kompensasjonsordning til helseforetakene for bortfall av differensiert arbeidsgiveravgift. Fra 1. januar 2007 ble differensiert arbeidsgiveravgift gjeninnført i store deler av landet. Ordningen omfatter hele Nord-Norge og mange enkeltkommuner i landet for øvrig. Kompensasjonsbeløpet til de regionale helseforetak ble som følge av omleggingen i 2007 redusert. Kompensasjonsbeløpet foreslås videreført i 2010 med 138,1 mill. kroner, med fordeling mellom regionale helseforetak som i tabell 5.5.

Tabell 5.5 Kompensasjon arbeidsgiveravgift

	(i mill. kr)
Helse Sør-Øst RHF	20,3
Helse Vest RHF	23,9
Helse Midt-Norge RHF	24,3
Helse Nord RHF	69,5

Postene 72-75 Basisbevilgning til de regionale helseforetakene

Basisbevilgningen til de fire regionale helseforetakene skal legge grunnlaget for å realisere de helsepolitiske målsetningene i spesialisthelsetjenesten. I tråd med regjeringens forslag i St.prp. nr. 1 (2008-2009) og Budsjett-innst. S. nr. 11 (2008-2009), skal det innføres et nytt inntektssystem over to år – 2009 og 2010 – for å fordele basisbevilgningen mellom de fire regionale helseforetakene. Regjeringens forslag til inntektsfordeling i 2010 følger nedenfor. Deretter følger en omtale av andre saker som har konsekvenser for bevilgningsforslagene under postene 72 til 75.

Inntektssystem for regionale helseforetak

Regjeringen foreslo i St.prp. nr. 1 (2008-2009), jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2008-2009), å gjennomføre Magnussenutvalgets forslag til ny inntektsfordeling (NOU 2008:2) gjennom vekst i inntektsrammen i 2009 og 2010, med følgende justeringer:

- Utvalgets forslag om økning i gjestepasientprisene gjennomføres ved at de økonomiske virkningene hensyntas i basisbevilgningene og ikke gjennom regionvise avtaler.
- Dagens tilskudd til forskning evalueres, og utvalgets forslag til endring i tilskuddet vurderes først når evalueringen foreligger.

I 2009 ble det bevilget 600 mill. kroner til Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. I St.prp. nr. 1 (2008-2009) heter det videre følgende:

> «Inntektsrammen økes samtidig slik at Helse Sør-Øst RHF ikke får redusert sin basisbevilging, mens de tre andre regionene får økt basisbevilgning i 2009 med til sammen 600 mill. kroner. Full omfordeling skal være gjennomført i 2010, og nåværende beregninger viser at det vil kreve ytterligere 634 mill. 2009-kroner i økt basisbevilgning for å håndtere omfordelingen gjennom vekst.»

Fullføring av nytt inntektssystem innebærer at det må bevilges ytterligere midler til tre av de fire regionale helseforetakene også i 2010. Samtidig vil oppdatering av befolkningsdata og sosiale kriterier påvirke størrelsen på behovet for vekstmidler for å fullføre inntektsmodellen i 2010. Oppgaveendringer fra 2009 til 2010 vil også påvirke omfordelingsvirkningene.

Departementet har oppdatert modellen med siste tilgjengelige statistikk for befolkning, alder og ulike sosiale kriterier. Trygdedata (sykefravær, uføretrygd mv.) er som utvalget har foreslått, «låst» i modellen fordi dette er variable som i teorien påvirkes av beslutninger i helseforetakene. Oppdateringene fører til en ny ressursbehovsindeks og en fordelingsnøkkel per region for 2010 som vist i tabell 5.6.

Ressursbehovsindeksen beskriver det samlede ressursbehovet for hvert regionale helseforetak relativt til landsgjennomsnittet. Sammenliknet med det resultatet en full gjennomføring av inntektsmodellen ville ha gitt for året 2009, reduseres ressursbehovsindeksen svakt for Helse Vest RHF, samtidig som den øker for Helse Nord RHF. Fordelingsnøkkelen viser at andelen øker for Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF, mens den reduseres

for Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF sammenliknet med det resultatet en full gjennomføring av inntektsmodellen ville ha gitt for året 2009. Den viktigste forklaringsfaktoren er at befolkningen øker mer i Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF enn i Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF.

Tabell 5.6 Ressursbehovsindeks, andel befolkning og fordelingsnøkkel i 2010

	Ressursbehovs indeks	Andel befolkning per 1.1.2009	Fordelings-nøkkel [1]
Helse Sør-Øst RHF	97,6	0,5570	0,5437
Helse Vest RHF	91,0	0,2077	0,1891
Helse Midt-Norge RHF	103,5	0,1388	0,1437
Helse Nord RHF	128,0	0,0966	0,1236
Norge	100,0	1,0000	1,000

[1] Fordelingsnøkkelen for inntektsgrunnlaget til de regionale helseforetakene. I tillegg kommer utvalgets forslag mht. korreksjon av kapital og gjestepasientoppgjør.

Tabell 5.7 viser at det må tilføres 245 mill. kroner til Helse Vest RHF, 199 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF og 81 mill. kroner til Helse Nord RHF for å fullføre den nye inntektsmodellen, samtidig som basisbevilgningen til Helse Sør-Øst RHF ikke reduseres. Sammenlignet med anslagene gitt for ett år siden, får Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF mindre bevilgningsøkning i 2010 knyttet til gjennomføring av ny inntektsfordeling. Hovedforklaringen er at høyere befolkningsandel i Helse Sør-Øst RHF tilsier at denne regionen skal ha en høyere andel av bevilgningen. Dette bidrar til å rette opp noe av den gjenstående ubalansen som vi står igjen med etter at nytt inntektssystem ble delvis innført i 2009. Samlet sett innebærer oppdatert ressursbehovsindeks og befolkningsutvikling til et lavere behov for midler til de tre andre regionale helseforetakene i 2010 for å fullføre den nye inntektsmodellen sammenlignet med beregningene utført for ett år siden.

Tabell 5.7 Omfordeling gjennom inntektsvekst i 2010 inkl. effekt av kapital og gjestepasientoppgjør

	Bevilgning i mill. kroner
Helse Sør-Øst RHF	0
Helse Vest RHF	245
Helse Midt-Norge RHF	199
Helse Nord RHF	81
Sum	525

Prognosen for årsresultat i 2009 varierer. Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF rapporterer at de sannsynligvis vil komme i balanse i 2009, mens Helse Sør-Øst RHF ligger an til underskudd. Styrkingen gjennom det nye inntektssystemet skal fortsatt innebære at resultatmessig balanse i 2010 prioriteres foran andre oppgaver. Inntektsveksten legger til rette for en styrking av tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Helse Midt-Norge RHF vil få økte kostnader i forbindelse med at hoveddelen av fase 2 av nye St. Olavs Hospital blir tatt i bruk i 2010, og styrkingen som følge av ny inntektsfordeling må sees i sammenheng med dette. Helse- og omsorgsdepartementet vil i oppdragsdokumentene til hvert av de fire regionale helseforetakene for 2010 pålegge kjøp av tjenester fra de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene i minst like stor grad som i 2009. Omfordelingen gir samtidig et godt grunnlag for å styrke rehabiliteringstilbudet i Helse Vest RHF.

Andre saker

Aktivitetsvekst på om lag 1,3 pst.

I budsjettforslaget for 2010 legges det til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen på nasjonalt nivå med om lag 1,3 pst. Blant annet for å understøtte målet om høyere prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, legges det til rette for en aktivitetsvekst på 2,5 pst. på kap 732, post 77 Polikliniske refusjoner mv., mens det under ordningen med innsatsstyrt finansiering (kap. 732, post 76) er lagt til rette for en aktivitetsvekst på 1,2 pst. Det er lagt til grunn en marginalkostnad på gjennomsnittlig 80 pst. for den økte aktiviteten. Dette tilsvarer totalt 1010,8 mill. kroner over kap. 732, postene 72-77.

Det foreslås å øke de regionale helseforetakenes basisbevilgning i 2010 med 728,2 mill. kroner med følgende fordeling:
- 395,9 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 137,7 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 104,6 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 90,0 mill. kroner til kap. 732, post 75

Økt kapasitet innen rusbehandling

Samlet foreslås det en styrking på 42 mill. kroner i 2010. Det foreslås en styrking på 33 mill. kroner til økt kapasitet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, inklusiv etablering av nye ambulante team, med følgende fordeling:
- 17,9 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 6,2 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 4,8 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 4,1 mill. kroner til kap. 732, post 75

Det foreslås en styrking på 9 mill. kroner til legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i 2010. Per 30. april 2009 var det 309 som sto på venteliste for LAR. Av styrkingen på 9 mill. kroner fordeles 5,4 mill. kroner på kap. 732, postene 72-75:
- 2,9 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 1,0 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 0,8 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 0,7 mill. kroner til kap. 732, post 75

De resterende midler til LAR bevilges over kap. 732, post 77, kap. 2752, post 70 og kap. 2755, post 70.

Opptreningsinstitusjoner

De regionale helseforetakene har inngått avtaler med private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner. Tilbudet i de private institusjonene er en del av det helhetlige tilbudet i den enkelte helseregion. De private institusjonene gir tilbud på ulike områder som arbeidsrettet rehabilitering, muskel-/skjelettlidelser, nevrologisk rehabilitering, ortopedisk rehabilitering, revmatologisk rehabilitering, slagrehabilitering mv. Flere av institusjonene har også avtale under ordningen «Raskere tilbake».

Rapport fra arbeidsgruppen som har foretatt en gjennomgang av de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene ble oversendt departementet vinteren 2009. Departementet vil følge opp rapporten blant annet i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetak.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i oppdragsdokumentene til hvert av de fire regionale helseforetakene for 2010 pålegge kjøp av tjenester fra de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene i minst like stor grad som i 2009. Omfordelingen som følge av Magnussenutvalgets innstilling gir et godt grunnlag for å styrke rehabiliteringstilbudet i Helse Vest RHF.

Pensjoner til private helseinstitusjoner

Gjennom Stortingets vedtak i forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 59 (2007-2008), jf. Innst. S. nr. 270 (2007-2008), ble det bevilget 320 mill. kroner til dekning av økte pensjonskostnader for private helseinstitusjoner med drifts- eller kjøpsavtale med regionale helseforetak. Bevilgningen er videreført i budsjettet for 2009. Utbetalingene fra de regionale helseforetakene for økte pensjonskostnader hos private helseinstitusjoner viser at disse er om lag 45 mill. kroner lavere enn bevilget beløp på 320 mill. kroner i 2008.

Overføringene til de regionale helseforetakene bør i størst mulig grad skje gjennom det ordinære inntektssystemet og ikke gjennom øremerkede tildelinger, og de regionale helseforetakene må i utgangspunktet håndtere alle kostnader knyttet til avtaler med private på linje med andre kostnader innenfor sine økonomiske rammer. Selv om de faktiske utbetalingene i 2008 er noe lavere enn bevilgningen i 2009 foreslås bevilgningen videreført med 329,9 mill. kroner i 2010. Departementet foreslår at bevilgningen flyttes fra kap. 732, post 70 til kap. 732, postene 72-75 med følgende fordeling:
- 179,4 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF
- 62,4 mill. kroner til Helse Vest RHF
- 47,4 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF
- 40,7 mill. kroner til Helse Nord RHF

Egenandeler – legehjelp og pasientreiser

Egenandelene for helsetjenester under egenandelstak 1 foreslås økt med 4 pst., med unntak av maksimal egenandel for blå resept. Det vises til nærmere omtale under Programkategori 30. Egenandelene for pasientreiser foreslås økt fra 1. januar 2010, mens egenandelene for øvrige områder foreslås økt fra 1. juli 2010.

Forslaget omfatter blant annet legehjelp på somatisk poliklinikk (kap. 732, post 76) og øvrig poliklinisk virksomhet under kap. 732, post 77. Økningen i egenandeler for somatisk poliklinikk svarer til en merinntekt for helseforetakene og er hensyntatt i forslag til bevilgning under kap. 732, postene 72-75.

Det er behov for å samordne ISF-regelverket og forskrift om utgifter til poliklinisk legehjelp. Helse- og omsorgsdepartementet har hatt på høring et forslag om at det kan kreves egenandel

for helsehjelp som utføres poliklinisk av enkelte andre grupper helsepersonell enn lege. Dette må sees i sammenheng med at arbeid utført av helsepersonellgrupper, utover legespesialistene, fra 1. januar 2009 ble inkludert i beregningsgrunnlaget for ISF-refusjonen. Forslaget avhenger av justeringer i folketrygdloven § 5-3 som skal fremmes for Stortinget høsten 2009. Omleggingen skal gjennomføres innenfor et budsjettnøytralt opplegg, og departementet vil evt. komme tilbake til Stortinget med forslag til endringer. Det tas sikte på at endringen kan tre i kraft fra 1. januar 2010.

Egenandelen på pasientreiser foreslås økt fra 125 kroner til 130 kroner per enkeltreise, fra 250 kroner til 260 kroner tur/retur fra 1. januar 2010. Forslaget om økt egenandel må følges opp med endring av § 14 første ledd i forskrift 4. juli 2008 nr. 788, om rett til dekning av utgifter ved pasienters reise for undersøkelse eller behandling (syketransportforskriften). Økningen i egenandeler på pasientreiser svarer til en merinntekt for helseforetakene og er hensyntatt i forslag til bevilgning under kap. 732, postene 72-75.

Barn under 12 år er fritatt for egenbetaling. Det foreslås å utvide fritaket til å omfatte barn under 16 år fra 1. januar 2010. Forslag til utvidelse av fritaket for pasientreiser og legehjelp er hensyntatt i forslag til bevilgning under kap. 732, postene 72-75 og post 77.

Forskning – samhandling

Det foreslås at minst 15 mill. kroner av den del av basisbevilgningen som helseforetakene bruker til forskning, skal benyttes til forskning rettet mot samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Avvikling refusjon fysioterapeuter

Det vises til omtale under kap. 732, post 77 Poliklinisk virksomhet mv. I tråd med intensjonen fra 2001, foreslår departementet å avvikle ordningen med refusjon for fysioterapi for enkelte helseforetak fra 1. januar 2010. Forslaget innebærer at det må flyttes 35 mill. kroner fra kap. 732, post 77 til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger i 2010 for å opprettholde inntektsnivået fra 2009 til 2010. Midlene på 35 mill. kroner gis følgende fordeling:

- 19,0 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 6,6 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 5,1 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 4,3 mill. kroner til kap. 732, post 75

Legemiddelgruppen TNF-hemmere

Fra 1. juni 2006 ble finansieringsansvaret for legemiddelgruppen TNF-hemmere overført til de regionale helseforetakene. Dette medførte at finansieringen av preparater som ble tatt ved hjemmebehandling og preparater som ble gitt i sykehus ble harmonisert. Det er utarbeidet Nasjonale faglige retningslinjer for bruk av TNF-hemmere og Legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS) har en mer sentral rolle i innkjøpene av legemidlene.

Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo har på oppdrag av departementet evaluert effektene av endringene med utgangspunkt i data til og med året 2008 med hovedvekt på følgende:

- Hvordan er de nasjonale retningslinjene implementert på helseforetaksnivå og avdelingsnivå i sykehusene?
- Hvordan har endringen i finansieringsansvaret påvirket tildeling og bruk av TNF-hemmere og de andre legemidlene som omfattes av reformen?
- Hvordan har flyttingen av finansieringsansvaret påvirket priskonkurransen på området?

Evalueringen viser at de nasjonale retningslinjene er godt kjent og har høy legitimitet i de faglige miljøene. Kravene som stilles om at TNF-hemmere skal benyttes som alternativ til behandling med sykdomsmodifiserende antirevmatiske medikamenter (DMARD) først når disse ikke har ønsket effekt, følges i hovedsak opp. Det er imidlertid fortsatt stor variasjon i forskrivningspraksis mellom ulike sykehus. Retningslinjene har så langt ikke bidratt til større grad av likhet i bruken av TNF-hemmere mellom regionene. Evalueringen dokumenterer at anbudskonkurranse i regi av LIS har ført til reduserte priser på de aktuelle preparatene også etter at det er kontrollert for andre mulige forklaringer. Effekten av anbudskonkurranse ser ut til å øke over tid. Til sist viser evalueringen at det skjer en vridning i bruk av preparater over mot preparater som gis i sykehus. Endringen er moderat, noe som trolig må forstås som en følge av at sykehusenes kapasitet til slik behandling er begrenset, og at den nye finansieringsordningen primært får effekter for nye pasienter. Endringen i finansieringsordningen ser ved utgangen av 2008 ikke ut til å ha påvirket veksten i det totale antall pasienter som får tilbud om TNF-hemmere og de andre biologiske legemidlene som omfattes av evalueringen.

Fra 2009 er kostbare selvadministrerte legemidler (bl.a. TNF-hemmere) inkludert i ISF-ordningen, jf. St.prp. nr. 1 (2008-2009) og Budsjettinnst. S. nr. 11 (2008-2009). Dette for å legge til

rette for mer nøytralitet i finansieringen mellom selvadministrerte legemidler og sykehuspreparater. Fra 2009 ble derfor deler av basisbevilgningen overført til ISF-posten. En gjennomgang viser at det ble overført 75,5 mill. kroner for mye. Det foreslås å flytte 75,5 mill. kroner fra kap. 732, post 76 til kap. 732, postene 72-75 i statsbudsjettet 2010 med følgende fordeling:

- 38,9 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF
- 15,6 mill. kroner til Helse Vest RHF
- 10,5 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF
- 10,5 mill. kroner til Helse Nord RHF

Redningshelikopterbase i Florø

I St.prp. nr. 1 (2008-2009) ble det lagt til grunn at ny redningshelikopterbase i Florø med døgnkontinuerlig tilstedevakt med lege skulle være operativ fra 1. april 2009. Det følger av oppgavefordelingen som tidligere er etablert at legene som arbeider på redningshelikopterbasene skal være faglig og administrativt knyttet til helseforetakene. Kostnader til etablering av basen for 2009, dvs. 4,4 mill. kroner, ble rammeoverført fra Justisdepartementets budsjett til kap. 732, post 73 Tilskudd til Helse Vest RHF. For å dekke helårsdrift i 2010 foreslås det å overføre resterende 1,5 mill. kroner fra kap. 455 post 01 Driftsutgifter under Justisdepartementet til kap. 732, post 73.

Organisatoriske endringer

ISF-ordningen refunderer det enkelte sykehusopphold. En relativt vanlig organisatorisk endring er sammenslåinger som ofte innebærer bruk av felles pasientadministrativt system. Som en engangseffekt overføres et tilsvarende beløp fra ISF-ordningen til basisbevilgningen. Fra 2007 har Sørlandet sykehus HF rapportert aktivitetsdata som en enhet. Det foreslås å flytte 9,2 mill. kroner fra kap. 732, post 76 til kap. 732, post 72. Fra 2008 har Helse Stavanger HF rapportert aktivitetsdata som en enhet. Det foreslås å flytte 16,7 mill. kroner fra kap. 732, post 76 til kap. 732, post 73.

Akuttnettverket

Det foreslås å flytte 1,3 mill. kroner fra kap. 732, post 70. Midlene skal gå til Netteverk for forskning og evaluering (Akuttnettverket) og utbetales til Helse Sør-Øst RHF.

Abortklagenemnd

I forbindelse med endringer i strukturen på abortnemndene, jf. Ot.prp. nr. 27 (2008-2009), ble det bestemt at dagens regionale klagenemnder skal erstattes av en sentral klagenemnd. De foreslåtte endringene innebærer at arbeidet med abortklagenemndene hos Fylkesmennene og helseforetakene bortfaller. Oppgavene tillegges i stedet Helsedirektoratet, som vil fungere som sekretariat for den sentrale klagenemnda og som vil administrere utbetaling av godtgjøring til nemndsmedlemmer, reiseutgifter mv. Det foreslås å overføre 1 mill. kroner til kap. 720 Helsedirektoratet fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger med følgende fordeling:

- 0,6 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 0,2 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 0,2 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 0,1 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Helsepersonellkrav – nytt regelverk for innsatsstyrt finansiering (ISF) fra 1.1.2009

Fra 2009 er det innført nye regler i ISF-ordningen som innebærer at det ikke bare er helsehjelp gitt av legespesialist som skal kunne utløse refusjon. Det innebærer at enkelte konkrete spesialisthelsetjenester som i utgangspunktet utføres av andre enn lege, vil utløse ISF-refusjon uten at legen må være direkte involvert. For eksempel vil kronikeromsorg utført av sykepleiere for diabetikere og pasienter med andre indremedisinske kroniske sykdommer utløse refusjon. Det er lagt til grunn en innsparing på 8 mill. kroner på landsbasis i 2009, jf. St.prp. nr. 67 (2008-2009). Det foreslås å redusere basisbevilgningene til de regionale helseforetakene med til sammen 8,3 mill. kroner i 2010 med følgende fordeling:

- 4,5 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 1,6 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 1,2 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 1,0 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Tuberkuloseundersøkelser

Ny forskrift om tuberkulosekontroll trådte i kraft 1. mars 2009. Regelverket er forenklet og gjort mer fleksibelt i forhold til medisinskfaglig utvikling. Innføring av nytt diagnoseverktøy (IGRA-test) som supplement til dagens verktøy, vil redusere antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten, jf. også omtale i St.prp. nr. 67 (2008-2009). Det er anslått at innsparingseffekten av dette i 2010 vil tilsvare om lag 10,4 mill. kroner under basisbevilgningene og 3,1 mill. kroner under refusjoner for poliklinikk. Det foreslås å redusere basisbevilgningene til de regionale helseforetakene med til sammen 10,4 mill. kroner med følgende fordeling:

- 5,6 mill. kroner fra kap. 732, post 72

– 2,0 mill. kroner fra kap. 732, post 73
– 1,5 mill. kroner fra kap. 732, post 74
– 1,3 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Studenthelsetjeneste

Det ble i oktober 2008 avgitt en rapport om psykisk helsetjeneste for studenter. I St.prp. nr. 1 (2007-2008) ble det varslet at departementet ville følge opp arbeidsgruppens anbefaling vedrørende inngåelse av avtaler mellom studentsamskipnadene, lærested, vertskommune og regionale helseforetak om hvordan tilbudet om psykisk helsetjeneste for studenter skal innrettes. Dette er nå fulgt opp gjennom de ordinære styringssystemene overfor regionale helseforetak og kommuner. Samskipnadsrådet har foretatt en spørreundersøkelse blant samtlige 25 studentsamskipnader. Undersøkelsen viser at nær halvparten av studentsamskipnadene hadde inngått avtaler eller igangsatt en prosess for å inngå avtaler med helseforetak og kommuner et halvt år etter at styringssignalene ble gitt. De fleste større læresteder er omfattet av avtaler.

Landsfunksjon for ABC-skader

Helse Sør-Øst RHF er tillagt ansvar for landsfunksjonen for behandling av personer som har vært utsatt for biologisk eller kjemisk agens eller radioaktiv stråling (abc-skader). I 2008 ble 2 mill. kroner flyttet fra henholdsvis kap. 732, post 72, post 73, post 74 og post 75 til kap. 732, post 71 (daværende Helse Øst RHF) til drift av funksjonen. I tillegg ble 3 mill. kroner videreført fra kap. 702 Helse- og sosialberedskap til landsfunksjonen. Midlene foreslås videreført over kap. 732, post 72 og over kap. 702, post 70.

Post 72 Basisbevilgning til Helse Sør-Øst RHF

Tilskuddet er en grunnfinansiering for å sette Helse Sør-Øst RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2008 og status 2009 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak. For 2010 foreslås bevilget 40 409,4 mill. kroner over post 72 til Helse Sør-Øst RHF.

Post 73 Basisbevilgning til Helse Vest RHF

Tilskuddet er en grunnfinansiering for å sette Helse Vest RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2008 og status 2009 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak. For 2010 foreslås bevilget 14 057,3 mill. kroner over post 73 til Helse Vest RHF.

Post 74 Basisbevilgning til Helse Midt-Norge RHF

Tilskuddet er en grunnfinansiering for å sette Helse Midt-Norge RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2008 og status 2009 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak. For 2010 foreslås bevilget 10 718,4 mill. kroner over post 74 til Helse Midt-Norge RHF.

Post 75 Basisbevilgning til Helse Nord RHF

Tilskuddet er en grunnfinansiering for å sette Helse Nord RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2008 og status 2009 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak. For 2010 foreslås bevilget 9 511,7 mill. kroner over post 75 til Helse Nord RHF.

Post 76 Innsatsstyrt finansiering av sykehus

Finansieringsordningens viktigste formål er å understøtte de regionale helseforetakenes «sørge for»-ansvar. Innsatsstyrt finansiering er derfor rettet mot de regionale helseforetakene. Gjennom finansieringssystemet gjøres deler av budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av hvor mange, og hva slags, pasienter som får behandling. Formålet med ordningen er ikke høyest mulig aktivitet, men at aktivitetsmålet kan oppnås ved bruk av basisbevilgning og ISF-refusjoner på en mest mulig effektiv måte. Dersom omfanget av pasientbehandling blir lavere enn forutsatt vil de regionale helseforetakenes inntekter gå ned. Ved en høyere aktivitet enn forutsatt blir kostnadene bare delvis kompensert gjennom ISF-ordningen. Refusjonene er i gjennomsnitt ikke ment å dekke alle ekstra kostnader ved økt behandlingskapasitet (marginalkostnader) og heller ikke mer enn anslagsvis 40 pst. av gjennomsnittskostnadene for

aktuelle pasientgrupper. Aktivitetsbasert finansiering stimulerer til å kartlegge kostnader og identifisere og fjerne flaskehalser som hindrer effektiv pasientbehandling. ISF-ordningen er ikke et prioriteringssystem. Prioriteringene skal foretas ut fra de regler og retningslinjer som lover og forskrifter (bl.a. prioriteringsforskriften) angir. Derimot skal basisbevilgningen brukes til å understøtte ønsket prioritering. De aktivitetsbaserte utbetalingene skal avspeile reell behandlingsaktivitet.

Nærmere om finansieringsordningen

ISF-ordningen gjelder for somatisk pasientbehandling og omfatter både innleggelser og poliklinisk virksomhet. ISF-refusjonen utbetales til det regionale helseforetaket. ISF-satsen er 40 pst. av gjennomsnittlige behandlingskostnader. De øvrige 60 pst. av kostnadene dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Prisen som regionale helseforetak betaler til private tjenesteytere forutsetter forhandlinger på bakgrunn av faktiske kostnader, og skal ikke kobles direkte til størrelsen på ISF-refusjonen. ISF bygger på DRG-systemet som for tiden omfatter om lag 850 diagnoserelaterte grupper (se boks 5.1 for nærmere forklaring av ISF-ordningen). Innenfor hver enkelt pasientgruppe (DRG) kan det for den enkelte behandling være avvik mellom faktisk ressursbruk og ISF-refusjon. Årlige revisjoner av kostnadsvektene og DRG-systemet skal imidlertid sikre at refusjonene i størst mulig grad avspeiler kostnadsforholdene. Målsetningen om en mest mulig oppdatert ISF-ordning kan komme i konflikt med behovet for mest mulig stabile og forutsigbare rammevilkår for de regionale helseforetakene. Målet er å ha en mest mulig oppdatert finansieringsordning, men medisinsk praksis endres kontinuerlig og det vil ikke vare mulig å være a jour med den medisinsk-tekniske utviklingen til enhver tid. Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for forvaltning og utvikling av aktivitetsbaserte finansieringsordninger og arbeider systematisk med å gjøre ISF-ordningen mest mulig riktig og rettferdig.

Kunnskapen om kostnadene ved behandling av den enkelte pasient er for lav. Kostnad per pasient (KPP) er en betegnelse på en metode for en systematisk oppstilling av de tjenester en pasient mottar koblet med den ressursbruken disse tjenestene krever. Departementet har iverksatt et arbeid for å etablere en nasjonal standard for KPP-regnskap. Formålet med dette arbeidet er først og fremst å legge til rette for et sammenlignbart informasjonsgrunnlag for styring og kontroll, herunder kvalitetsarbeid, som kan nyttiggjøres på helseforetaks-

Boks 5.1 Diagnoserelaterte grupper (DRG)

DRG (diagnoserelaterte grupper) er et pasientklassifiseringssystem som gir en forenklet beskrivelse av aktiviteten ved å klassifisere sykehusopphold i et begrenset antall grupper. Det er i alt om lag 850 diagnoserelaterte grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. Grupperingen bygger på om lag 20000 diagnosekoder og om lag 8000 prosedyre- eller tiltakskoder. 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 som gir DRG-poeng har en kostnadsvekt på om lag 0,8 i 2009, vil de mest ressurskrevende pasientene ha en kostnadsvekt på om lag 28. Dette gjelder for eksempel levertransplantasjoner. Kostnaden ved å behandle disse pasientene er med andre ord beregnet til å være om lag 35 ganger høyere enn for gjennomsnittspasienten

Utbetalingene gjennom ISF-ordningen påvirkes i all hovedsak av fire faktorer:

- antall sykehusopphold
- gjennomsnittlig kostnadsvekt (DRG-indeks)
- enhetspris
- ISF-sats (40 pst. av enhetspris i 2010)

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.

nivå, RHF-nivå og av sentrale helsemyndigheter. Samme informasjon vil i tillegg kunne utnyttes i kostnadsvektarbeidet og i forbedringen av DRG-systemet.

Helse- og omsorgsdepartementet mottok høsten 2008 Helsedirektoratets forslag til nasjonal KPP-spesifikasjon. I 2009 er det etablert et pilotprosjekt i regi av Helsedirektoratet. Formålet med pilotprosjektet er å teste ut den nasjonale KPP-spesifikasjonen på et utvalg sykehus. En beslutning om hvordan en nasjonal KPP-standard skal følges opp nasjonalt avventes til resultatet av pilotprosjektet foreligger i februar 2010.

Utbetalinger gjennom ISF-systemet baserer seg på medisinske registreringer av enkeltpasienter på sykehusene. Det forutsettes at retningslinjer for registrering av pasienter og diagnoser følges lojalt i sykehusene. Dersom det er tvil om hva som er medisinsk korrekt registrering, skal dette avklares med Helsedirektoratet. Avregningsutvalget skal gi råd når det foreligger tvil om den medisinske registreringen (kodingen) som ligger til grunn for utbetalingsgrunnlaget. En enhetlig kodepraksis av pasientbehandlingen i sykehus er avgjørende for at ISF-systemet skal oppleves som rettferdig og i størst mulig grad avspeile kostnadene knyttet til behandlingen. Refusjonene utbetales til det regionale helseforetak a konto i 12 terminer basert på budsjettert aktivitet med en endelig avregning året etter basert på faktisk innrapportert aktivitet.

Resultat 2008

I saldert budsjett 2008 var det lagt til rette for en aktivitetsvekst på 1,5 pst. fra 2007 til 2008 med utgangspunkt i aktivitetstall for første tertial 2007. Aktivitetsdata per første tertial 2008 tilsa imidlertid på det tidspunkt en vekst i pasientbehandlingen i 2008 på 1,2 pst. utover saldert budsjett 2008, og dette tallgrunnlaget ble lagt til grunn for saldert budsjett 2009. Foreløpige aktivitetstall for hele 2008 tilsier at utbetalingene ble om lag som forutsatt i St.prp. nr. 1 (2007–2008), dvs. 1,5 pst. vekst fra 2007 til 2008. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til endelig avregning for 2008, inkludert eventuelle justeringer som følge av behandling av enkeltsaker i avregningsutvalget, i omgrupperingsproposisjonen høsten 2009. Eventuelle mer- eller mindreutbetalinger i 2008 vil på vanlig måte bli motregnet mot a konto utbetalingene til de regionale helseforetakene for 2009.

Status 2009

Vedtatt budsjett og styringskrav for 2009 legger til rette for en aktivitetsvekst på 1,5 pst. fra 2008 til 2009 med utgangspunkt i aktivitetstall for første tertial 2008, jf. St.prp. nr. 1 (2007–2008). Foreløpige aktivitetstall for hele 2008 viser at aktivitetsnivået for 2008 er om lag som tidligere lagt til grunn i saldert budsjett for 2008, jf. St.prp. nr. 1 (2007–2008). Dette innebærer at bevilgningen på posten legger til rette for en aktivitetsvekst i 2009 på om lag 2,7 pst. på nasjonalt nivå når aktivitetstall for hele 2008 legges til grunn. Prognosen for hele 2009 basert på aktivitetstall for første tertial, gir en aktivitetsvekst på i underkant av 1,5 pst. sammenlignet med faktisk aktivitet 2008. Eventuelle budsjettkonsekvenser av endringer i DRG-systemet, analyser av registreringsendringer og behandling av enkeltsaker i avregningsutvalget, vil på vanlig måte bli håndtert i den endelige avregningen for 2009.

Det er etablert en forsøksordning med aktivitetsbasert finansiering av sykestuene i Finnmark i 2009. Helse Finnmark HF har spesielle utfordringer med lange reiseavstander til sykehus fra mange kommuner. Hensikten med forsøksordningen er å prøve ut en modell der kommuner som ivaretar en funksjon for spesialisthelsetjenesten får deler av sin finansiering som et aktivitetsavhengig tilskudd. ISF-ordningen er endret i 2009 slik at helsehjelp som utføres utenfor sykehus og helsehjelp som ytes av annet helsepersonell enn leger i større grad vil være omfattet. Endringer gjøres også med tanke på bedret rapportering av slik aktivitet, slik at det oppnås grunnlag for sammenlikning i tjenestetilbud på tvers av regioner.

De regionale helseforetakene har i de senere årene overtatt finansieringsansvaret for enkelte typer medikamentell behandling som pasienten administrerer selv i eget hjem, men der behandling og oppfølgingsansvar ligger hos spesialisthelsetjenesten. De aktuelle legemidlene gjelder bl.a. MS-behandling. Et fellestrekk for legemidlene er at de er kostbare og at det eksisterer medikamentelle terapialternativer som forutsetter innleggelse eller poliklinisk behandling i sykehus. I 2009 er reglene for innsatsstyrt finansiering endret slik at også helsehjelp i form av behandling med de aktuelle legemidlene omfattes. Dette gjøres hovedsakelig for å redusere potensiell vridningseffekt i retning av behandlingsformer som krever oppmøte i sykehus og som også før 2009 var omfattet av ISF-ordningen. Med omleggingen gir medikamentell behandling med selvadministrerte legemidler DRG-poeng på lik linje med legemiddelbehandling på sykehus hvor DRG-refusjonen for legemidler er inkludert i refusjonen for sykehusoppholdet. Refusjonen for medikamentell sykehusbehandling er basert på en gjennomsnittsbetraktning der rimeligere utrednings- og behandlingstilbud er sammenstilt med kostbar behandling. I 2009 er det lagt til rette for at sykehusene skal rap-

portere bruken av legemidler til Norsk pasientregister. Dette vil danne grunnlag for en mer målrettet og differensiert ISF-løsning for kostbar infusjonsbehandling på sykehus fra 2010.

Budsjettforslag 2010

Saldert budsjett 2009 er basert på aktivitetstall per første tertial 2008. Dette ga en prognose for aktivitetsvekst for hele 2008 på 2,7 pst., som var 1,2 pst. over forutsetningene i saldert budsjett 2008. Det ble tatt høyde for dette antatt høyere utgiftsnivået i bevilgningen for 2009. Aktivitetstall for hele 2008 viste imidlertid at aktiviteten i 2008 ble om lag som opprinnelig forutsatt på 1,5 pst. Dette innebærer at bevilgningen til innsatsstyrt finansiering derfor er for høy i forhold til faktisk aktivitet i 2009. Bevilgningen på kap. 732 post 76 kan derfor reduseres med 278,4 mill. kroner. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til dette i omgrupperingsproposisjonen høsten 2009.

For 2010 foreslås det bevilget 19 148,9 mill. kroner til innsatsstyrt finansiering. Budsjettet legger til rette for et gjennomsnittlig aktivitetsnivå i 2010 som ligger 1,2 pst. over anslått nivå for 2009. Dette er en prognose basert på aktivitet første tertial 2009, og det er dette nivået som skal videreføres og økes med 1,2 pst. Ressursbruk og innsats skal være i tråd med helsepolitiske målsetninger og prioriteringer. Enhetsprisen for ett DRG-poeng foreslås satt til 35 964 kroner. Ved fastsettelse av enhetsprisen er det lagt til grunn en prisomregning på 3,1 pst. Enhetsprisen for 2009 er videre fastsatt slik at det ikke utbetales ISF-refusjon for endret registreringspraksis av reelt sett samme aktivitet (jf. boks 5.1). Enhetsprisen er derfor isolert sett satt ned slik at det tilsvarer utbetalinger på om lag 0,7 pst. som er anslått effekt av endret registreringspraksis i 2010. Nedjusteringen av enhetsprisen er noe høyere enn omfanget av registreringsendring i 2008 og anslag for 2009 basert på aktivitetstall for første tertial. Helsedirektoratet oppdaterer og utvikler regelverket for ISF årlig. I 2010 legges det blant annet opp til å ta i bruk et fullverdig ISF-system for poliklinisk behandling som gir kostnadsbaserte DRG-poeng på lik linje med systemet for innlagte pasienter. Det er usikkerhet knyttet til beregningsgrunnlaget for omleggingen.

Det tas også sikte på en omlegging til en mer nøytral refusjon av dag- og døgnkirurgi i 2010. Disse endringene vil gi bedre samsvar mellom kostnader og finansiering, men vil ha noen omfordelingseffekter på institusjonsnivå. Foreløpige anslag viser få omfordelingseffekter på regionalt nivå.

Dersom omfanget av endret registreringspraksis i ettertid avviker fra det som her er lagt til grunn i enhetsprisen, vil dette på vanlig måte bli håndtert i forbindelse med den endelige avregningen for 2010.

Organisatoriske endringer

Det vises til omtale under kap. 732, postene 72-75.

Legemiddelfinansiering

Fra 2009 er kostbare selvadministrerte legemidler (bl.a. TNF-hemmere) inkludert i ISF-ordningen, jf. St.prp. nr. 1 (2008-2009) og Budsjett-innst. S. nr. 11 (2008-2009). Dette for å legge til rette for mer nøytralitet i finansieringen mellom selvadministrerte legemidler og sykehuspreparater. Som følge av dette ble derfor deler av basisbevilgningen overført til ISF-posten. En gjennomgang viser at det ble overført 75,5 mill. kroner for mye. Det foreslås å flytte 75,5 mill. kroner fra kap. 732, post 76 til kap. 732, postene 72-75 i statsbudsjettet 2010 med følgende fordeling:

- 38,9 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF
- 15,6 mill. kroner til Helse Vest RHF
- 10,5 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF
- 10,5 mill. kroner til Helse Nord RHF

Flyttingen innebærer at IFS-refusjon for selvadministrerte legemidler utenfor sykehus vil bli tilsvarende redusert i 2010.

Post 77 Poliklinisk virksomhet mv.

Posten omfatter refusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner innenfor områdene psykisk helsevern, rusbehandling, radiologi og laboratorievirksomhet. Refusjon av egenandeler for somatisk poliklinisk virksomhet inngår også i ordningen.

Resultat 2008

Alle refusjonstakster ble prisjustert med 4,3 pst. fra 1. januar 2008. Fra 2008 inngår aktivitetsbasert finansiering av somatisk poliklinisk virksomhet i innsatsstyrt finansiering under kap. 732, post 76. I forbindelse med en satsreduksjon for laboratorie- og røntgenvirksomhet ble det flyttet 196,8 mill. kroner til kap. 732, postene 72-75.

Anslått aktivitetsvekst fra 2007 til 2008, dvs. veksten i utgifter korrigert for tiltaks- og priseffekter, er på vel 6,5 pst.

Status 2009

Alle refusjonstakster ble prisjustert med 4,4 pst. fra 1. januar 2009. Pasientgebyret ved manglende frammøte poliklinikk/avbestilling er endret slik at det tilsvarer konsultasjonsegenandel hos legespesialist. Egenandelene for poliklinisk behandling økte med 5 pst. fra 1. juli 2009. Dette tilsvarer en justering på 2,5 pst. for året. Økningen ble anslått å svare til en merinntekt på 25 mill. kroner som ble motsvart av en tilsvarende reduksjon i basisbevilgningen og relevante refusjonstakster.

Basert på regnskapstall for perioden januar til juni 2009, er samlede utbetalinger i 2009 anslått til 2 190 mill. kroner. Dette er 148 mill. kroner over saldert budsjett 2008. Anslaget legger til grunn en aktivitetsvekst på 7 pst. innenfor voksenpsykiatri/rusbehandling, 4 pst. innenfor barne- og ungdomspsykiatrien, 10 pst. innenfor radiologisk virksomhet og 4 pst. innenfor offentlig laboratorievirksomhet. Departementet vil komme tilbake til Stortinget med forslag om eventuelle tilleggsbevilgninger for 2009.

Departementet skal gjennomgå refusjonstakstene for psykisk helsevern og rusbehandling og vil vurdere en omlegging av disse takstene i 2011.

Budsjettforslag 2010

Det foreslås bevilget 2313,5 mill. kroner til refusjon for poliklinisk virksomhet i 2010. Budsjettet legger til rette for å kunne videreføre den høye aktiviteten i 2010 og en ytterligere vekst på 2,5 pst. utover anslått nivå i 2010 basert på regnskapstall fra juni 2009. Dette understøtter blant annet målet om høyere prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Bevilgningsforslaget inkluderer en økning på 1,8 mill. kroner til legemiddelassistert rehabilitering.

Fram til 1. juli 2001 var det hjemmel i forskrift til folketrygdlovens § 5-8 om stønad til fysioterapi som ga adgang til å utbetale refusjon for fysioterapi utført i offentlige helseinstitusjoner etter takstsystemet for privatpraktiserende fysioterapeuter. Fra 1. juli 2001 ble ordningen videreført som en overgangsordning med hjemmel i den forskrift som regulerer utbetalingene på kap. 732, post 77. Det var kun de sykehusene som hadde refusjonsavtale i 2001 som fikk videreført dette. Ordningen baseres på manuelle oppgjør og er arbeidskrevende. I tråd med intensjonen fra 2001, vil departementet avvikle ordningen med refusjon for fysioterapi for enkelte helseforetak fra 1. januar 2010. Forslaget innebærer at det må flyttes 35 mill. kroner fra kap. 732, post 77 til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger i 2010 for å opprettholde inntektsnivået fra 2009 til 2010.

I forbindelse med innføring av nytt diagnoseverktøy for tuberkulosekontroll er det anslått en innsparing på 3,1 mill. kroner. Det vises til omtale under kap. 732, postene 72 til 75.

Egenandelene foreslås økt med 4 pst. fra 1. juli 2010, tilsvarende en prisjustering på 2 pst. på årsbasis. Dette gir mindreutgifter på 9 mill. kroner.

Det foreslås å heve aldersgrensen for barn og unge for fritak for egenandeler fra 12 til 16 år. Forslaget gjelder alle tjenester som kommer inn under egenandelstak 1. Ny aldersgrense på 16 år iverksettes fra 1. januar 2010. Dette gir merutgift på denne posten på 45 mill. kroner.

Post 78 Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre

Tilskuddet består av to deler:

- Tilskudd til forskning skal være et insentiv og økonomisk bidrag til å sikre forskning og oppbygging av forskningskompetanse i helseforetakene. Den resultatbaserte delen av tilskuddet fordeles basert på et glidende gjennomsnitt av forskningsresultater (publiserte artikler og avlagte doktorgrader) i de regionale helseforetakene de siste tre år. Tilskuddet fordeles av samarbeidsorganet mellom det regionale helseforetaket og universitetet. Det er ikke lagt føringer for de regionale helseforetakenes valg av finansieringsmodell for forskning i helseforetakene.
- Tilskudd til nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten skal gi et økonomisk bidrag til nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten og kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger til å drive forskning, kompetanseutvikling, kompetansespredning og veiledning. Kompetansesentrene for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger skal i tillegg gi individuelle og familierettede tilbud. Helsedirektoratet ivaretar forvaltningsoppgaver og gir faglige råd til Helse- og omsorgsdepartementet om kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger.

Resultat 2008

Samlet bevilgning på posten var 783 mill. kroner i 2008. Tilskudd til forskning utgjorde 426,2 mill. kroner. Det ble registrert 2552 vitenskapelige artikler fra helseforetakene i 2008 (av totalt 7390 vitenskapelige artikler fra norsk forskning i internasjonale vitenskapelige tidsskrifter) og rapportert inn

251 avlagte doktorgrader, en økning med 37 (21 pst.) fra året før. For å styrke internasjonalt forskningssamarbeid ytterligere ble det fra 2007 innført en ekstra vekt i poengberegningen for artikler med utenlandske medforfattere. Av artiklene publisert i internasjonale tidsskrifter hadde 38 pst. medforfattere i utlandet.

Det ble i 2008 bevilget 356,9 mill. kroner til nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten. Av dette var 202,2 mill. kroner til Nasjonale kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger (herunder regionale fagmiljø for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi) og 154,7 mill. kroner til Nasjonale medisinske kompestansesentra, jf. Rundskriv I-19/2003. Det ble flyttet 3,5 mill. kroner fra kap. 761, post 61 til Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i Helse Sør-Øst RHF for å videreføre virksomheten i det avsluttede prosjektet Aldring hos mennesker med utviklingshemming.

Status 2009

Samlet bevilgning på posten er på 832,3 mill. kroner i 2009. Tilskudd til forskning utgjør 445 mill. kroner, herav ble 40 pst. tildelt som basistilskudd og 60 pst. fordelt mellom de regionale helseforetakene etter forskningsresultater for perioden 2005–2007. Det er målt endringer ved bruk av tre års gjennomsnitt for poengberegningen, jf. tabell 5.14.

For å sikre forutsigbarhet i forskningsfinansieringen, ble tidligere basistilskudd til henholdsvis Helse Øst RHF og Helse Sør RHF videreført til Helse Sør-Øst RHF i 2008 og 2009. Departementet varslet samtidig å vurdere behovet for en justering av den relative fordelingen av basistilskuddet mellom de fire regionale helseforetakene. Det registreres i dag forskningsaktivitet i form av publiserte artikler og/eller avlagte doktorgrader ved helseforetak og institusjoner som omfattes av målesystemet. Antall artikkelpoeng økte med om lag 5 pst. fra 2007. Av artiklene i internasjonale tidsskrifter har 38 pst. medforfattere i utlandet. For en ytterligere omtale av forskning i helseforetakene vises det til avsnittet om forskning Plan og melding fra de regionale helseforetak.

Tabell 5.8 Gjennomsnittlig årlig poeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader

Helseregionene	Snitt 2000-2002	Snitt 2001-2003	Snitt 2002-2004	Snitt 2003-2005	Snitt 2004-2006	Snitt 2005-2007	Snitt 2006-2008
	Poeng-sum	Poeng-sum	Poeng-sum	Poeng-sum	Poeng-sum	Poeng-sum	Poeng-sum
Helse Sør(-Øst) RHF	803,8	917,9	978,4	1040,0	944,7	1484,3	1546,5
Helse Øst RHF	456,8	470,1	487,1	508,8	520,5		
Helse Vest RHF	406,9	463,7	497,6	536,0	525,0	545,3	596,5
Helse Midt-Norge RHF	240,2	249,8	254,1	228,4	220,7	233,8	278,5
Helse Nord RHF	146,7	155,1	154,7	158,0	155,6	182,5	210,1
Sum	2054,3	2256,6	2372,0	2471,3	2366,4	2445,9	2631,5

Av årets bevilgning på posten, går 387,3 mill. kroner til nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten. Herav tildeles 174,1 mill. kroner til Nasjonale medisinske kompetansesentra og 213,2 mill. kroner til Nasjonale kompetansesentra for sjeldne og lite kjente funksjonshemninger inkludert regionale fagmiljøer for ADHD, Tourettes og Narkolepsi og autisme. Det ble flyttet 14,7 mill. kroner fra kap. 743, post 75 til tilskudd til nasjonale kompetansesentre i Helse Sør-Øst RHF i 2009.

Budsjettforslag 2010

Det foreslås å bevilge 858,1 mill. kroner på posten i 2010. Tilskudd til forskning er prisjustert og utgjør 458,8 mill. kroner. 60 pst. av tilskuddet, dvs. 275,2 mill. kroner, fordeles mellom de fire regionale helseforetakene etter forskningsresultater for perioden 2006–2008. 40 pst., dvs. 183,5 mill. kroner, tildeles i basistilskudd.

Departementet har utlyst en anbudskonkurranse for en evaluering av dagens tilskudd og finansieringsmodell for forskning i helseforetakene, herunder å følge opp forslaget i NOU 2008: 2

Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak (Magnussen-utvalget) om å vurdere omfanget av finansieringen av forskning i helseforetakene. Evalueringen vil være ferdig våren 2010. På denne bakgrunn foreslår departementet å videreføre basistilskuddet til forskning til Helse Sør-Øst RHF uten endringer i 2010. Departementet vil komme tilbake til eventuelle endringer i finansieringen av forskning i budsjettproposisjonen for 2011.

Tilskudd til nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten er prisjustert og utgjør 399,3 mill. kroner. Herav tildeles 179,5 mill. kroner til drift av nasjonale medisinske kompetansesentra (jf. rundskriv I-19/2003) og 219,8 mill. kroner til drift av Nasjonale kompetansesentra for sjeldne og lite kjente funksjonshemninger. Dette inkluderer midler til felles regionale fagmiljøer for ADHD, Tourettes og Narkolepsi og autisme. Autismeenheten og Nasjonalt kompetansesenter for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi skal sammen bidra til nettverksbygging og kompetanseutvikling.

Tabell 5.9 Fordeling av tilskuddet til forskning og nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten på de regionale helseforetak (i mill. kr)

		Forskning		Nasjonale kompetansesentre	Totalt
	Basis	Resultat [1]	Sum		
Helse Sør-Øst RHF	73,44	161,74	235,14	285,79 [2]	520,97
Helse Vest RHF	36,72	62,37	99,07	37,73 [3]	136,82
Helse Midt-Norge RHF	36,72	29,12	65,82	32,68 [4]	98,52
Helse Nord RHF	36,72	21,97	58,67	43,10 [5]	101,79
Sum	183,6	275,20	4589,80	399,30	858,10

[1] Forskningsresultater for perioden 2006–2008 ligger til grunn for fordeling av midler i 2010. Departementet tar forbehold om justering av beløpene i tabellen mellom tilskuddsmottakere som følge av ytterligere kvalitetssikring av data som ligger til grunn for poengberegningen.
[2] Herav 86,7 mill. kroner til nasjonale medisinske kompetansesentre og 199,1 mill. kroner til Nasjonale kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger mv.
[3] Herav 29 mill. kroner til nasjonale medisinske kompetansesentre og 8,8 mill. kroner til Nasjonale kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger mv.
[4] Herav 29,9 mill. kroner til nasjonale medisinske kompetansesentre og 2,8 mill. kroner til Nasjonale kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger mv.
[5] Herav 33,9 mill. kroner til nasjonale medisinske kompetansesentre og 9,2 mill. kroner til Nasjonale kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger mv.

Post 79 Raskere tilbake

Med utgangspunkt i Sykefraværsutvalget, Ot.prp. nr. 6 (2006–2007) og St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (2006–2007), jf. Budsjett-innst. S. nr. 15 (2006–2007), er ordningen tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte etablert. Formålet med ordningen er å få sykmeldte raskere tilbake i arbeid, slik at sykefraværet reduseres. Sykmeldte, delvis sykmeldte og arbeidstakere som alternativt ville blitt sykmeldte om de ikke ble omfattet av ordningen, inngår i «Raskere tilbake». De som er inne på ordninger/oppfølging når sykepengeperioden opphører kan fullføre igangsatt behandling. Det er et krav at de personene som omfattes med stor sannsynlighet kommer raskere tilbake i arbeid som en direkte følge av behandlingen som tilbys. Bevilgningen under posten dekker alle utgifter for ordningen «Raskere tilbake», for eksempel behandling og transport. Det er etablert styrings- og kontrollsystemer som sikrer at midlene brukes i samsvar med ordningens formål.

Resultat 2008

I 2008 ble det bevilget 501,9 mill. kroner til tiltak i regi av regionale helseforetak. Bevilgningen inkluderer midler for å styrke utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene og et prøveprosjekt over 5 år i Helse Midt-Norge RHF for å etablere rehabilitering ved Hysnes helsefort i Rissa kommune.

På bakgrunn av tidligere erfaringer med tilskuddsordning for kjøp av helsetjenester, var ortopedisk kirurgi det tilbud som raskest kom i gang i 2007 og aktiviteten har vært økende gjennom 2008. Det ble samtidig gjennomført en behovskartlegging som viste et stort behov for tilbud til sykmeldte med sammensatte og uspesifikke sykdomsbilder. Det er etablert nye tverrfaglige og tverrspe-

sialiserte poliklinikker som raskt kan vurdere helseplagene diagnostisk og behandlingsmessig. Poliklinikkene gir råd til aktørene i sykefraværsoppfølgingen når det gjelder arbeidsmulighet ved sykdom.

De regionale helseforetakene har gjennom anbudsprosesser inngått avtaler med private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner som har rehabilitering med arbeid som mål. Disse institusjonene samarbeider godt med Arbeids- og velferdsetaten og arbeidslivet. I 2008 ble totalt 24 792 pasienter henvist til ordningen innen helsetjenesten, mot 8 540 pasienter i 2007. Norsk pasientregister rapporterer 12 923 døgn- og dagbehandlinger ved de somatiske sykehusene. Ved disse sykehusene er det i tillegg utført 52 972 polikliniske konsultasjoner. Innen psykisk helsevern for voksne er det rapportert 329 døgn- og dagbehandlinger og 8369 polikliniske konsultasjoner. Ved private rehabiliteringsinstitusjoner er det i 2008 utført 2 208 opphold. Om lag 250 mill. kroner er overført til 2009 fordi man kom sent i gang i 2007.

Status 2009

Det er i 2009 bevilget 469 mill. kroner til tiltak i regi av de regionale helseforetakene. Styrkingen av utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene er videreført i 2009 med 20 mill. kroner. Bevilgningen i 2009 tar hensyn til at det i St.prp. nr. 67 (2008-2009), jf. Innst. S. nr. 355 (2008-2009), ble overført 9 mill. kroner til kap. 2790, post 70. Midlene forutsettes benyttet til aktivitet ved Montebello-Senteret som har som mål å få kreftsyke raskere tilbake til arbeid.

De regionale helseforetakene har videreført en høy aktivitet fra høsten 2008, og i første tertial 2009 ble 10 328 pasienter henvist til ordningen. Om lag 39 pst. av midler disponert i første tertial 2009 er avsatt til ortopedisk kirurgi, 11 pst. på fagområdene indremedisin og generell kirurgi og om lag 43 pst. til private opptreningsinstitusjoner og tverrfaglige- og tverrspesialiserte poliklinikker. Om lag tre pst. brukes på psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Resterende, om lag fire pst., brukes på pasienttransport og utgifter til prosjektkoordinatorer ved helseforetakene. Helseforetakenes prognoser tilsier at rammen inklusive overførte midler fra 2008 blir brukt. Det er nødvendig å justere aktiviteten bl.a. for å sikre at tilbudene i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglige – og tverrspesialiserte poliklinikker videreføres ut 2009.

Om lag 80 pst. av pasientene henvist til «Raskere tilbake» har symptomer og lidelser i muskel- og skjelettsystemet. I mange sammenhenger er problemstillingene sammensatte og helserelaterte problemer er ikke eneste årsak til arbeidsuførheten. Samarbeidet mellom helseforetakene, arbeids- og velferdsetaten og sykmeldende behandler/fastlege er bedret gjennom ordningen «Raskere tilbake». De ulike tiltakene innen helsetjenesten og arbeids- og på velferdssiden bidrar til at arbeidstaker og arbeidsgiver får flere virkemidler ved tilrettelegging på arbeidsplassen. De medisinske forutsetninger for arbeidsmulighet ved sykdom blir undersøkt tidlig i sykefraværet gjennom de etablerte tilbudene i «Raskere tilbake». Det er satt i gang en evaluering av «Raskere tilbake».

Budsjettforslag 2010

En vellykket gjennomføring av ordningen avhenger av god oppfølging på nasjonalt nivå. Tilskuddsordningen er avhengig av godt informasjonsarbeid overfor aktuelle aktører som arbeidsgivere, sykmeldte, fastleger og andre sykmeldende behandlere.

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår at midlene fordeles med 483,6 mill. kroner til de regionale helseforetakene under kap. 732, post 79 og 6 mill. kroner til informasjonstiltak og nasjonal koordinering og oppfølging av ordningen under kap. 720, post 01 og kap. 781, post 21. Midler til styrking av utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene og prosjektet ved Hysnes helsefort er inkludert i bevilgningsforslaget. Bevilgningsforslaget tar hensyn til en videreføring av at det i St.prp. nr. 67 (2008-2009), jf. Innst. S. nr. 355 (2008-2009), ble overført 9 mill. kroner til kap. 2790, post 70. Midlene forutsettes benyttet til aktivitet ved Montebello-Senteret som har som mål å få kreftsyke raskere tilbake til arbeid.

Post 81 Tilskudd til store byggeprosjekter

Ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2003-2004) ble det vedtatt å gi totalt 4,5 mrd. kroner i investeringstilskudd til tre særskilte byggeprosjekter; Nye Ahus, fase 2 av ny universitetsklinikk i Trondheim og nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet. Tilskuddet skal utbetales årlig, i takt med utbyggingene. Tilskuddet er et ekstraordinært bidrag for å sikre en forsvarlig økonomi når prosjektene settes i drift. Bidraget kommer i tillegg til midler som tildeles gjennom basisbevilgningen. I utbyggingsperioden skal prosjektene finansieres gjennom en kombinasjon av egenfinansiering (basistilskudd), investeringstilskuddet og om nødvendig låneopptak. Det er de respektive helseforetakene som skal stå for styring og oppfølging av investeringsprosjektene, innenfor de premisser som følger av Stor-

tingets vedtak. I 2008 ble det samlet utbetalt 1 059,1 mill. kroner i investeringstilskudd. I 2009 vil det samlet bli utbetalt 652,5 mill. kroner.

Nye Ahus

Tidligere Helse Øst RHF ga sin tilslutning til igangsetting av prosjektet høsten 2003. Utbyggingen startet våren 2004 og hoveddelen ble ferdigstilt oktober 2008. Tilskuddet til gjennomføring av prosjektet utgjorde 404 mill. kroner i 2008. Selv om hoveddelen av nye Ahus er ferdigstilt, gjenstår en del arbeid før totalprosjektet er ferdig. I 2009 vil det bli utbetalt 218,5 mill. kroner i investeringstilskudd til gjennomføring av byggeprosjektet. Samlet utbetalt tilskudd ved utgangen av 2009 utgjør 2 460,2 mill. 2004-kroner. Gjenstående tilskudd vil bli utbetalt i 2010.

Fase 2 Ny universitetsklinikk i Trondheim (Nye St. Olavs Hospital)

Statens ekstraordinære bidrag til gjennomføring av fase 2 på 1,24 mrd. kroner ble klargjort allerede høsten 2003. Dette bidraget, sammen med årlige bevilgninger, utgjorde dermed samlede rammebetingelser for regionens håndtering av prosjektet. Det ble videre lagt til grunn at eventuelle merkostnader ville være et anliggende for det regionale helseforetaket.

Styret i Helse Midt-Norge RHF ga i mars 2006 sin tilslutning til gjennomføring av byggefase 2. Byggearbeidene for tre av de kliniske sentrene i fase 2 var da allerede startet. Kostnadsrammen på P50 pst. nivå er satt til 6 298 mill. 2004-kroner. Hoveddelen av fase 2 er forventet tatt i bruk i 2010. Etter dette gjenstår riving av høyblokken og bygging av Kunnskapssenteret.

I 2008 utgjorde statens særskilte tilskudd til byggeprosjektet 412 mill. kroner. I 2009 vil det utbetales 324 mill. kroner i investeringstilskudd til gjennomføring av byggeprosjektet. Samlet utbetalt tilskudd ved utgangen av 2009 utgjør 1 148,3 mill. 2004-kroner. Gjenstående tilskudd til prosjektet vil bli ubetalt i 2010.

Nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet

Styret i det tidligere Helse Sør RHF ga i januar 2004 sin tilslutning til utbyggingsprosjektet. Utbyggingen startet i 2005 og i august 2009 ble forskningsbygget offisielt åpnet.

I 2008 utgjorde tilskuddet til gjennomføring av prosjektet 243 mill. kroner. I 2009 er det utbetalt 110,1 mill. kroner i investeringstilskudd til gjennomføring av byggeprosjektet. Med dette er det samlede investeringstilskudd til prosjektet på 640 mill. 2004-kroner utbetalt.

Budsjettforslag for 2010

For 2010 foreslås det bevilget 287,3 mill. kroner i samlet investeringstilskudd, med følgende fordeling:

- Nye Ahus, 173,5 mill kroner
- St. Olavs Hospital, 113,8 mill. kroner

Budsjettforslaget for 2010 innebærer at det samlede investeringstilskuddet som ble vedtatt ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2003-2004) er utbetalt.

Universitetsdelen av St. Olavs-prosjektet finansieres over Kunnskapsdepartementets budsjett (kap. 281, post 79). For 2010 foreslås det bevilget 106 mill. kroner til formålet.

Post 82 Investeringslån (tidligere post 90)

Helseforetakenes vedtekter legger til grunn at lån til investeringer kun skal foretas gjennom denne statlige låneordningen som administreres av Helse- og omsorgsdepartementet. Lånene bevilges fra 2008 til spesifikke prosjekter på ordinær tilskuddspost (post 82). Generelt gjelder at de regionale helseforetakene skal planlegge fremdriften av nye investeringsprosjekter innenfor rammen av det som ligger i basisbevilgningen.

Rapportering 2008

De regionale helseforetakenes låneopptak i 2008 utgjorde 1 770 mill. kroner. Ved utgangen av 2008 utgjorde totalt låneopptak om lag 13,9 mrd. kroner med følgende fordeling per foretak:

Tabell 5.10 Oversikt over totalt låneopptak per 31. desember 2008 fordelt på de regionale helseforetakene

(i mill. kroner)

	2007	2008			
Regionalt helseforetak	Lånesaldo per 31.12.07	Tildelt låneramme	Påløpte byggelånsrenter (opptrekksrenter) jf. kap. 732, post 83 og 91	Innbetalte avdrag jf. kap. 3732, post 85 og 90	Lånesaldo per 31.12.08
Helse Sør-Øst RHF	6 692,3	825,0	271,1	-170,5	7 617,8
Helse Vest RHF	2 071,1	165,0	54,0	-67,6	2 222,6
Helse Midt-Norge RHF	2 186,2	730,0	68,4	-92,0	2 892,6
Helse Nord RHF	1 196,5	50,0	13,1	-93,1	1 166,6
Sum	12 146,1	1 770,0	406,6	-423,1	13 899,6

Ved inngangen til 2009 utgjorde de regionale helseforetakenes samlede låneopptak om lag 13,9 mrd. kroner. Av dette er 11,2 mrd. kroner omgjort til langsiktig lån, hvor avdrag betales. Det resterende beløpet, tilsvarende 2,7 mrd. kroner, er videreførte byggelån til prosjekter som er under gjennomføring.

Status 2009

Lånerammen for 2009 utgjør 1075,8 mill. kroner. Bevilgningen skal sikre fortsatt framdrift ved St. Olavs hospital, ombygging og moderniseringer ved Haukeland sykehus, Nordlandssykehuset i Bodø og sykehotell ved Rikshospitalet (Montebello).

Budsjettforslag 2010

For å sikre framdrift av tidligere vedtatte prosjekter foreslås en låneramme på 374,6 mill. kroner for 2010. Dette gjelder ombygging og moderniseringer ved Nordlandssykehuset i Bodø og fase 2 ved St. Olavs Hospital.

Videre foreslås det avsatt 65 mill. kroner i 2010 til mulig igangsetting av nytt lokalsykehus i Vesterålen. Prosjekteringen av nytt lokalsykehus i Vesterålen er nå inne i siste fase, hvor prosjektet blir tilpasset samhandlingsreformen. Nåværende kostnadsanslag utgjør om lag 800 mill. 2008-kroner. Det foreslås avsatt en øvre ramme på 305 mill. 2008-kroner i låneramme til nytt sykehus i Vesterålen. Lånebeløpet utbetales i perioden 2010 til 2013, og vil bli indeksregulert i tråd med basisrammen til de regionale helseforetakene. Det forutsettes at Helse Nord RHF gjør endelig vedtak om igangsetting hvor regionen kan vise til en forsvarlig økonomisk bæreevne, før departementet vil løse ut lånet.

Det foreslås også bevilget inntil 250 mill. kr. i investeringslån til kjøp av tomt på Gullaug i Lier kommune. Før lånet kan løses ut må Helse Sør-Øst RHF framforhandle og styrebehandle en kjøpsavtale. Den styregodkjente kjøpsavtalen skal forelegges departementet. Departementet vil understreke at den foreslåtte lånebevilgningen ikke innebærer noen endring i prioriteringsrekkefølgen til sykehusprosjekter i Helse Sør-Øst.

Samlet budsjettforslag for 2010 blir etter dette 689,6 mill. kroner.

Opptrekksrenter

I perioden frem til ferdigstillelse av prosjektene vil renter på investeringslån påløpe og belastes, men ikke betales av helseforetakene. Dette innebærer at disse rentene blir lagt til de regionale helseforetakenes lån. Tilsvarende inntekter budsjetteres på Finansdepartements budsjett (kap. 5605, post 84). Endring i låneordningen fra 2008 med at investeringslån bevilges som en ordinær tilskuddspost innebærer at budsjetteringen av tilhørende opptrekksrenter blir delt når det gjelder lån tatt opp før og etter 2008 jf. post 83 og post 91 nedenfor. I 2008 utbetalte de regionale helseforetakene 406,6 mill. kroner.

Post 83 Opptrekksrenter for lån fom. 2008

I 2008 utgjorde samlede opptrekksrenter på denne posten 72,9 mill. kroner. For 2010 foreslås det budsjettert med 6 mill. kroner i opptrekksrenter på lån gitt fom. 2008.

Post 86 Driftskreditter

Det foreslås ingen bevilgning på posten. Det vises til bevilgningsforslag under kap. 3732, post 86 Driftskreditter.

Post 91 Opptrekksrenter for lån tom. 2007

I 2008 utgjorde opptrekksrenter på denne posten 333,6 mill. kroner, se tabell 5.10, kap. 732 under post 82.

For 2010 foreslås det budsjettert med 10 mill. kroner knyttet til renter på byggelån tatt opp før 2008.

Kap. 3732 Regionale helseforetak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
80	Renter på investeringslån	322 887	540 000	350 000
85	Avdrag på investeringslån fom. 2008		25 000	140 000
86	Driftskreditter		1 300 000	500 000
90	Avdrag på investeringslån tom. 2007	423 100	615 000	670 000
	Sum kap. 3732	745 987	2 480 000	1 660 000

Post 80 Renter på investeringslån

Bevilgningene på posten dekker innbetalinger fra de regionale helseforetakene knyttet til renter på investeringslån som er omgjort til langsiktige lån. I 2008 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 322,9 mill. kroner i renter på de langsiktige lånene, med følgende fordeling:

Tabell 5.11 Oversikt over innbetalte renter i 2008 fordelt på regionale helseforetak

(i mill. kr)

Regionalt helseforetak	Innbetalte renter på serielån
Helse Sør-Øst RHF	130,6
Helse Vest RHF	53,1
Helse Midt-Norge RHF	78,9
Helse Nord RHF	60,3
Sum	322,9

Det foreslås at de regionale helseforetakenes renter på investeringslån budsjetteres med 350 mill. kroner i 2010.

Avdrag på investeringslån

Ved Stortingets behandling av 2008-budsjettet ble det vedtatt at investeringslån bevilges som en ordinær tilskuddspost. Dette innebærer at avdrag knyttet til investeringslån er todelt i det som gjelder lån tatt opp før 2008 og det som gjelder opplåning i 2008 og årene etter.

I 2008 innbetalte de regionale helseforetakene 423,1 mill. kroner i avdrag på sine investeringslån. Se tabell under kap. 732, post 82 for fordeling av avdrag per regionale helseforetak.

Post 85 Avdrag på investeringslån fom. 2008

Bevilgningen dekker avdragsinnbetalinger fra de regionale helseforetakene på lån tatt opp etter 2008. Avdrag på investeringslån tatt opp etter 2008 foreslås budsjettert med 140 mill. kroner for 2010.

Post 86 Driftskreditter

De regionale helseforetakene har innenfor rammer fastsatt av Stortinget adgang til å ha driftskreditter. Denne adgangen er gitt for at de regionale helseforetakene til enhver tid skal ha tilstrekkelig likviditet til å håndtere løpende utbetalinger. Departementet har ansvar for å fordele fastsatt ramme mellom de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har som følge av flere år med underskudd akkumulert et betydelig driftsunderskudd. Deler av dette underskuddet er finansiert med driftskreditter. Videre har de regionale helseforetakene over år hatt store merutbetalinger knyttet til pensjonspremier. Ved behandling av St.prp.

nr. 1 (2008-2009) ble helseforetakenes driftskreditter hos private bankforbindelser overført til Norges Bank. Denne omleggingen var en del av det samlede opplegget for håndtering av pensjonskostnader og -premier for helseforetakene.

Utviklingen i alle underliggende kostnadskomponenter skal i utgangspunktet håndteres innenfor helseforetakenes rammebevilgning. I tråd med den helhetlige håndteringen av pensjonskostnader og -premier som ble lagt til grunn i saldert budsjett 2009, skal helseforetakene gis likviditet til å håndtere pensjonspremien. Dette innebærer at differansen mellom pensjonskostnad og -premie håndteres gjennom bevilgning på denne posten (kap. 3732, post 86) og tilhørende utgiftspost kap. 732, post 86. I tilfeller hvor pensjonspremien er lavere enn pensjonskostnaden stilles det krav om nedsettelse av driftskredittrammen som inntektsføres på denne posten. Dersom pensjonspremien blir større enn pensjonskostnaden og det er behov for økt likviditet, bevilges dette over kap. 732, post 86.

I 2008 var samlet driftskredittramme satt til 7,3 mrd. kroner. 7,1 mrd. kroner av dette var tildelt de regionale helseforetak. Bruk av driftskreditter varierer mellom helseforetak og mellom måneder. Pr. 31.12.2008 var benyttet driftskreditt i de regionale helseforetak 5,5 mrd. kroner.

Ved behandling av St.prp. nr. 67 (2008-2009) ble det lagt til grunn en nedsettelse av driftskredittrammen i 2009 med 400 mill. kroner, tilsvarende anslått differanse mellom pensjonskostnad og -premie. Det ble dermed lagt til grunn at driftskredittrammen skal reduseres fra 7,3 mrd. kroner til 6,9 mrd. kroner innen utgangen av 2009.

Anslag knyttet til pensjonskostnader og pensjonspremie i 2010 tilsier at pensjonspremien vil bli 500 mill. kroner lavere enn den anslåtte pensjonskostnaden. Basert på disse anslagene, foreslås den samlede driftskredittrammen for de regionale helseforetakene redusert med 500 mill. kroner, fra 6,9 mrd. kroner til 6,4 mrd. kroner, jf. forslag til romertallsvedtak V, nummer 1 og 2.

Fra 2009 ble de regionale helseforetakenes driftskreditter i private banker omgjort til driftskreditter i staten. I denne forbindelse ble det bevilget 7,3 mrd. kroner som en engangsbevilgning i saldert budsjett for 2009. For 2010 og senere år vil bevilgningsforslaget kun omfatte endringer i driftskredittrammen. Dette tekniske forholdet forklarer hvorfor bevilgningene til de regionale helseforetakene samlet sett reduseres fra 2009 til 2010.

Post 90 Avdrag på investeringslån tom. 2007

Bevilgningen dekker avdragsinnbetalinger fra de regionale helseforetakene på lån tatt opp før 2008. Det foreslås at de regionale helseforetakenes avdrag på investeringslån tatt opp før 2008 budsjetteres med 670 mill. kroner for 2010.

Kap. 733 Habilitering og rehabilitering

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*			17 719
70	Behandlingsreiser til utlandet			103 444
72	Kjøp av opptrening mv., *kan overføres*			41 160
79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*			16 400
	Sum kap. 733			178 723

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er:

- 17,7 mill. kroner flyttet fra kap. 726, post 21 til kap. 733 post, 21
- 103,4 mill. kroner flyttet fra kap. 729, post 70 til kap. 733, post 70
- 41,2 mill. kroner flyttet fra kap. 726, post 71 til kap. 733, post 72
- 16,4 mill. kroner flyttet fra kap. 726, post 70 til kap. 733, post 79

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011 ble lagt fram i St.prp. nr. 1 (2008-2009). Helsedirektoratet bidrar med å gjennomføre Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering, og har utgitt en kort rapport der de viktigste sakene som det ble arbeidet med i 2008 beskrives.

Samhandling mellom tjenestene er en stor utfordring. Det er satt i gang kartlegginger som

skal gi mer informasjon om udekket behov for habilitering og rehabilitering. En spørreundersøkelse til fastleger og kommunale koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering viser at det er vanskelig å skaffe rehabiliteringstilbud til flere grupper med funksjonsvansker både i private og offentlige rehabiliteringsinstitusjoner. Mange av fastlegene og de koordinerende enhetene mener det er manglende samsvar mellom tilbud og behov for habiliterings-/rehabiliteringstilbud i helseforetak.

Formålet med bevilgningen er å få fram et best mulig kunnskapsgrunnlag for utvikling av habiliterings- og rehabiliteringsfeltet, både i første- og andrelinjetjenesten.

Samlet foreslås det bevilget 17,7 mill. kroner på posten i 2010.

Habilitering av barn og unge

Videreutdanning i konduktiv pedagogikk, som ble etablert som en prøveordning i 2005 ved Høgskolen i Tromsø, ble avsluttet i desember 2007. Helsedirektoratet har mottatt rapport om utdanningen våren 2008, der det framgår at det ikke er tilstrekkelig interesse, verken fra søkere eller fremtidige arbeidsgivere for å kunne videreføre dette studiet i sin nåværende form. Etter å ha evaluert rapporten fant Helsedirektoratet ikke å kunne anbefale videreføring av studiet. Helse- og omsorgsdepartementet har sluttet seg til Helsedirektoratets anbefaling. Videreutdanningen er avviklet.

Det ble i 2008 gitt midler til 20 utviklingsprosjekter innen barnehabilitering. Ungdom med funksjonsnedsettelser er gitt særlig prioritet i de nye prosjektene som er igangsatt. Det har vært fokus på å utvikle egne treningstilbud for ungdom, og på å skaffe mer kunnskap om hvilke behov ungdom har for tjenester i overgangen fra barn til voksen.

Helsedirektoratet har utgitt en rapport med sammendrag av alle prosjektene som har vært gjennomført i perioden 2002-2008.

Prosjektene om intensiv trening har bidratt til at slike tilbud gis 13 steder i landet, noen steder som landsdekkende tilbud.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har oppsummert tilgjengelig kunnskap om hvilken effekt intensiv trening har. Forskningen er mangelfull på området. Det er satt i gang en multisenterstudie, for å kunne gi sikrere anbefalinger om innhold og intensitet i disse tilbudene.

Det er gitt midler til et prosjekt som har som mål å bidra til at barn som ikke utvikler talespråk, og som har behov for alternative måter å kommunisere på, får nødvendig hjelp.

Barnenevrologisk seksjon ved Rikshospitalet leder arbeidet med å innføre et oppfølgingsprogram for barn med cerebral parese i hele landet.

Helsedirektoratet har i 2009 utarbeidet en handlingsplan for habilitering av barn og unge. Det er satt i gang arbeid med å utarbeide en veileder til prioriteringsforskriften for både barnehabilitering og voksenhabilitering i spesialisthelsetjenesten. I handlingsplanen for habilitering av barn og unge er det samlet tilgjengelig informasjon for å gi en statusbeskrivelse for dette feltet. Handlingsplanen henvender seg både til kommune- og spesialisthelsetjenesten og foreslår en rekke tiltak for å bedre tilbudet til barn, unge og voksne med funksjonsnedsettelser. Det legges til grunn at deler av de foreslåtte midler benyttes til oppfølging av handlingsplanen.

Habilitering av voksne

Det er gitt støtte til noen prosjekter som skal bidra til å styrke tilbudet innenfor voksenhabiliteringstjenesten. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for voksenhabiliteringstjenesten. To rapporter fra NAKU – Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning viser at det er behov for økt oppmerksomhet på helseoppfølgingen for personer med psykisk utviklingshemning. Helsedirektoratet vil legge til grunn rapportene i sitt arbeid på feltet.

Habiliterings-/rehabiliteringstilbudet til unge med kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelser

Det er få habiliterings- og rehabiliteringstiltak som har ungdom/unge voksne som målgruppe. Det er behov for å øke kompetansen når det gjelder unge med kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelser. Det er bl.a. gitt støtte til private rehabiliteringsinstitusjoner som utvikler tilbud til ungdom.

Utvikling og spredning av kunnskap

Kartlegginger og tilsynsrapporter viser at ikke alle som har rett til individuell plan får dette. Helsedirektoratet har siden 2007 økt innsatsen for implementering av forskrift om individuell plan. Det er utarbeidet en oppdatert veileder til forskriften, ny brosjyre, regionale konferanser, tipshefte med mer. Det har tatt lang tid å få etablert koordinerende enheter for rehabilitering i kommuner og helseforetak. Helsedirektoratet arbeider med en rapport med gode eksempler på koordinerende enheter.

Habiliterings-/rehabiliteringstilbud til hørselshemmede

I regi av Helsedirektoratet foretas en kartlegging av foreldres/foresattes tilfredshet med habiliteringstilbudet til barn med cochleaimplantat. Helsedirektoratet har videre bestilt en kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten om hvilken form for habilitering barn som har fått cochleaimplantat får når det gjelder kommunikasjon. Helsedirektoratet medfinansierer et tverrfaglig prosjekt om språkutviklingen hos barn som får cochleaimplantat før 12 måneders alder og i alderen 12-18 måneder. Undersøkelsen ledes av CI-teamet ved Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet.

Rapporten «Å høre og bli hørt» er fulgt opp gjennom samarbeid med Arbeids- og inkluderingsdepartementet og gjennom oppdrag til de regionale helseforetakene.

Prosjektet ReSonare avsluttes i 2009 og forutsettes videreført innenfor ordinær virksomhet.

Post 70 Behandlingsreiser til utlandet

Behandlingsreiser til utlandet er et supplement til tilbud i Norge, og omfatter tilbud til pasienter med revmatiske lidelser, pasienter med psoriasis, pasienter med senskader etter poliomyelitt, barn og ungdom med astma og lungesykdommer, samt barn med atopisk eksem. Staten dekker utgiftene til behandling for barn og voksne. Det betales en egenandel for voksne pasienter og barns ledsagere. Egenandelen er omfattet av egenandelstak 2. Formålet med behandlingsreiser er behandlingstiltak i varmt og solrikt klima. Tilbudet skal tilfredsstille faglige krav etter norsk vurdering og gi dokumentert nytte. Det stilles krav om gjennomføring av prøveprosjekt før nye pasientgrupper kan bli vurdert for ordningen. Det må foreligge to separate vitenskapelige undersøkelser som bekrefter pasientgruppens nytte av behandling i varmt og solrikt klima. Daglig administrasjon og faglig ansvar tilligger Helse Sør-Øst RHF v/Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet.

I 2008 var 3 100 pasienter og 250 ledsagere til barn omfattet av de ordinære behandlingsreiser til utlandet. Det ble behandlet 1 850 voksne pasienter med revmatiske lidelser i Montenegro, Tyrkia, og Spania. 127 barn og ungdom med revmatisk sykdom ble behandlet i Spania og Tyrkia. Videre ble det behandlet 450 voksne og 32 barn og ungdom med psoriasis på Gran Canaria. 190 barn og ungdom ble behandlet for astma, kroniske lungesykdommer og atopisk eksem på Gran Canaria. 180 pasienter med senskader etter poliomyelitt fikk behandling i Tyrkia og Spania. Av innkomne søknader fra pasienter under de tre største programmene, ble 52 pst. innvilget innen revmaprogrammet, 72 pst. innen psoriasisprogrammet og 38 pst. innen astmaprogrammet. Prøveprosjekt for pasienter med fibromyalgi er avsluttet, men resultatene av studien foreligger ikke.

I 2009 er det planlagt behandlingsreiser til utlandet for 3 000 pasienter og 250 ledsagere til barn. Av disse er 1 800 voksne pasienter med revmatiske lidelser til Montenegro, Tyrkia og Spania, og 125 barn og unge til Spania og Tyrkia. Det er planlagt behandlingsreiser for 450 voksne og 30 barn og ungdom med psoriasis til Gran Canaria. 190 barn og ungdom med astma, allergi og atopisk eksem får tilbud om behandlingsreise til Gran Canaria. Gruppen med senskader etter poliomyelitt planlegges også i år med 180 pasienter. Det foreligger ikke resultater av gjennomførte prøveprosjekter i 2009. Det er ikke igangsatt nye prøveprosjekter i 2009.

Det foreslås bevilget 103,4 mill. kroner på posten i 2010.

Post 72 Kjøp av opptrening mv.

Det ble i 2006 opprettet et eget tilskudd til utvikling av opptreningstilbud, jf. St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 1 (2005-2006). I 2008 ble kriteriene utvidet slik at alle private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, som har avtale med regionalt helseforetak, kunne søke om tilskudd til prosjekter.

Omstillingstilskuddet har bidratt til at rehabilitering med arbeid som mål har blitt etablert som et tilbud ved flere institusjoner, og bidratt til at flere institusjoner har gitt tilbud til yngre brukergrupper. Ny kompetanse og nye arbeidsmetoder er utviklet, bl.a. bruk av tverrfaglige team. Omstilling og utvikling er fortsatt viktigste fokus for tilskuddsordningen.

Det foreslås bevilget 41,2 mill. kroner på posten i 2010.

Post 79 Andre tilskudd

Bevilgningen under denne posten dekker samme formål som under post 21. Det vises derfor også til omtalen under post 21, jf. ovenfor. Det foreslås bevilget 16,4 mill. kroner på posten i 2010.

Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse- og rustiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
01	Driftsutgifter – Kontrollkommisjonene			35 919
70	Tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket			2 121
71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede			65 461
72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus			52 448
	Sum kap. 734			155 949

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er:

- 35,9 mill. kroner flyttet fra kap. 742, post 01 til kap. 734, post 01
- 2,1 mill. kroner flyttet fra kap. 742, post 70 til kap. 734, post 70
- 14,1 mill. kroner flyttet fra kap. 743, post 75 til kap. 734, post 72
- 65,5 mill. kroner flyttet fra kap. 744, post 70 til kap. 734, post 71
- 38,4 mill. kroner flyttet fra kap. 726, post 70 til kap. 734, post 72

Formålet med bevilgningene på dette kapittelet er å ivareta særskilte utviklingsbehov innen psykisk helsevern, videreutvikle samarbeidet med Justisdepartementet om tjenester for rusmiddelavhengige i norske fengsler og ivareta Helsedirektoratets oppfølging av Opptrappingsplanen på rusfeltet. Posten dekker også utgifter til drift av kontrollkommisjonene innen psykisk helsevern.

Tiltak under dette kapittelet var tidligere omtalt under kap. 743, post 75 og kap. 726, post 70. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) omtales under kap. 732. Midler til oppfølging av barn av psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre er overført fra kap. 726, post 70 til kap. 781, post 79.

Post 01 Driftsutgifter (kontrollkommisjoner)

Formål

Der det er personer under psykisk helsevern etter lov av 2. juli 1999 nr. 62, skal det være en kontrollkommisjon, som blant annet har til oppgave å behandle klager på vedtak truffet med hjemmel i samme lov. Kontrollkommisjonen skal ved tre måneders etterprøving av vedtak om tvungent psykisk helsevern også kontrollere om pasienter som har rett til en individuell plan har dette. Kontrollkommisjonene kan bare overprøves av domstolene når det gjelder avgjørelser i klagesaker. Kontrollkommisjonene avgir årsrapporter fra sitt arbeid til Helsedirektoratet, som har et overordnet ansvar for kommisjonenes arbeid. Utgiftene til kontrollkommisjonene dekkes over denne posten.

Resultatrapportering 2008 og status 2009

Landet har 58 kontrollkommisjoner. Kommisjonene er geografisk fordelt slik: Helse Sør-Øst RHF 30, Helse Vest RHF 10, Helse Midt-Norge RHF 9 og Helse Nord RHF 9.

Helsedirektoratet har fulgt opp Rapport IS 1338 «Evaluering av kontrollkommisjonene i det psykiske helsevern» i 2008, med unntak av videreutvikling av årsrapportsystemet og klargjøring av innholdet i kommisjonenes DPS kontroll. Målet for 2009 var dermed å forbedre kontrollkommisjonenes årsrapportering for å sikre erfaringsoverføring, kompetanseutvikling, samt gi grunnlag for å følge opp at kontrollkommisjonene fungerer tilfredsstillende. Nytt årsrapporteringssystem er utviklet og vil bli ytterligere utbedret i 2009.

Mål 2010

Det foreslås bevilget 35,9 mill. kroner over post 01 i 2010 til drift av kontrollkommisjonene. Ytterligere videreutvikling av kontrollkommisjonenes årsrapportering, samt eventuelt behov for ekstern bistand i forbindelse med dette dekkes over posten. IS-10/2007 «Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevern» vil bli revidert slik at også kontrollkommisjonenes DPS-kontroll blir behandlet.

Post 70 Tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket

Posten skal dekke utgifter til gjennomføring av tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket, jf. lov om spesialisthelsetjenesten m. m. § 5-3. Posten skal også dekke hjemsendelse av utenlandske borgere med alvorlige psykiske lidelser og hjemhenting av norske borgere med alvorlige psykiske lidelser som befinner seg i utlandet. Videre kan norske myndigheter legge forholdene til rette for transport til Norge for mennesker som har vært utsatt for en alvorlig ulykke eller livstruende sykdom i utlandet. Utgifter til slik transport føres over denne posten, men kreves refundert av pasienten.

Utviklingen i antall saker på området viser en markant økning av hjemhentinger, fra 8 i 2005 til 26 i 2008. Antall utsendelser nådde en topp i 2001 og 2007 med hhv. 9 og 11 saker. I 2008 ble det foretatt 6 hjemsendinger av pasienter med alvorlig psykisk sykdom som ikke har bosted i riket. Det er dekket utgifter til behandling og hjemtransport av én norsk statsborger med livstruende ulykke i 2008, og det er dekket utgifter til én behandling i utlandet. Det er laget nasjonal veileder om gjennomføring av hjemsendelser av alvorlig psykisk syke til og fra utlandet. Det er også gjennomført opplæring av personell fra fylkene og saksbehandlingen er overført til Fylkesmannen.

Det ble avsatt totalt 2,1 mill. kroner til ordningen i St.prp. 1 (2008-2009). Ved et tilfelle av dom til behandling av person med utenlandsk statsborgerskap er det påløpt vesentlig større utgifter enn budsjettert på posten. Ved behandlingen av St.prp. nr. 67 (2008-2009) ble det bevilget ytterligere 10 mill. kroner. Det arbeides med å få på plass en bilateral avtale som garanterer et forsvarlig behandlingsopplegg for den domfelte i hjemlandet.

For 2010 foreslås det bevilget 2,1 mill. kroner på post 70.

Post 71 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede – Fagenhet for tvungen omsorg

Ved lov av 15. juni 2001 nr. 64 om endringer i straffeloven og i enkelte andre lover (endringer og ikraftsetting av strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner samt endringer i straffeloven § 39 a), som trådte i kraft 1. januar 2002, ble det besluttet etablering av egen fagenhet for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbrytere.

Ved gjennomføring av dom om tvungen omsorg gjelder psykisk helsevernlovens kapittel 1, kapittel 4 med unntak og kapittel 6 om kontroll etterprøving så langt den passer. Ved fagenheten er det opprettet en egen kontrollkommisjon med ansvar for alle psykiske utviklingshemmede som dømmes til tvungen omsorg.

Ansvaret for drift av en fagenhet for tvungen omsorg er lagt til 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 anslått til totalt 15 personer, basert på at 1–2 personer dømmes til tvungen omsorg per år. Fagenheten er organisatorisk knyttet til St. Olavs Hospital HF ved regional sikkerhetsavdeling. Fagenheten inngår avtaler med berørte bostedskommuner om at en del av særreaksjonen kan gjennomføres der når hensynet til den domfelte tilsier det, og sikkerhetshensyn ikke taler mot. I tilknytning til avviklingen av midlertidig fagenhet ved Brøset, vil det bli etablert en permanent fagenhet ved Østmarka i Trondheim. Fagenhetens kapasitet og omfang videreføres.

Fra 1. januar 2002 til juli 2009 er til sammen 17 personer dømt til tvungen omsorg. I juli 2009 var 2 personer innlagt i fagenheten, med gjennomføring av pliktig varetektssurrogat etter straffeprosesslovens § 188. Gjennomsnittlig belegg har de siste årene vært 2–3 personer. 8 personer befinner seg i kommunale tiltak under fagenhetens ansvar. For 9 personer er dom til tvungen omsorg opphørt.

Det ble bevilget totalt 51,5 mill. kroner til ordningen i 2009. I St.prp. nr. 67 (2008-2009) jf. Innst. S. nr. 355 (2008–2009) ble det forslått bevilget ytterligere 11 mill. kroner blant annet som følge av en økning i antallet som er dømt til tvungen omsorg. Bevilgningen foreslås videreført i 2010. For 2010 foreslås det bevilget 65,5 mill. kroner over post 71.

Post 72 Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus

Tvang i psykisk helsevern

Helsedirektoratet er tillagt ansvaret for å følge opp Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (IS-1370). Planen har fire hovedmålsetninger: økt frivillighet, kvalitetssikret bruk av tvang, økt kunnskap og bedre dokumentasjon av tvangsbruk.

I 2008 ble det etablert et nasjonalt nettverk for kunnskapsutvikling og forskning om bruk av tvang i psykisk helsevern ved Universitetet i Tromsø. Nettverket skal blant annet oppsummere kunnskapsstatus på området, utarbeide en helhetlig plan for forskning og kunnskapsutvikling om tvang

og generelt bidra til gjennomføring av metodisk holdbar forskning om tvang i Norge.

Prosjektet «Brukerorienterte alternativer til tvang», som SINTEF Helse har gjennomført i samarbeid med seks akuttavdelinger på oppdrag fra Helsedirektoratet, ble avsluttet i 2008. Akuttpostene har gjennom lokale prosjekter arbeidet for en bevisstgjøring av tvangsbruk, og for å se alternativer til tvang i sykehus. Prosjektet har vist gode muligheter for å redusere bruk av tvang i sykehus

Det er iverksatt flere tiltak for å bedre dokumentasjonen av tvangsbruk i det psykiske helsevernet. Blant annet er det utarbeidet en egen registreringsveileder og egne maler for alle tvangsvedtak i psykisk helsevernloven til bruk i elektronisk pasientjournal. De regionale helseforetakene fikk i 2008 tildelt særskilte stimuleringsmidler for å intensivere arbeidet med å bedre kvaliteten på data som rapporteres fra psykisk helsevern til Norsk Pasientregister. Dette arbeidet må gis betydelig oppmerksomhet og prioritet i årene fremover.

Helse- og omsorgskomitéen ba i sin innstilling til Odelstinget, jf. Innst. O. nr. 66 (2005-2006), om en vurdering av behovet for behandlingskriteriet i psykisk helsevernloven, jf. omtale under Plan- og meldingsdel til regionale helseforetak.

I tråd med anbefalingen fra arbeidsgruppen, som har vurdert behandlingskriteriet mv., og Helsedirektoratet, vil det opprettes et lovutvalg for å vurdere etiske, faglige og rettslige sider av dagens regler og praksis innen psykisk helsevern. Både spørsmålet om justering/fjerning av behandlingskriteriet og vilkårene for behandling under tvang (herunder tvangsmedisinering) forutsettes gjennomgått. Videre bør utvalget gjennomgå lovverket generelt, inkludert forholdet mellom psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven samt Norges menneskerettighetsforpliktelser.

Det vil i 2010 igangsettes et arbeid med å utforme en ny Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i de psykiske helsetjenester. Strategien skal erstatte dagens tiltaksplan og bidra til å styrke arbeidet med å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern.

Sikkerhet i psykisk helsevern

Resultatrapportering 2008 og status 2009

Personer med alvorlig psykisk lidelse og som er knyttet til grove kriminelle handlinger stiller særlige krav til behandling og oppfølging fra helsetjenestene. En rapport (2009-1) fra Kompetansesenteret for retts-, sikkerhets- og fengselspsykiatri i helseregion sørøst, viser at antall døgnplasser innen sikkerhetspsykiatrien har blitt redusert fra 229 plasser i mai 2005 til 201 plasser i september 2008. Av de 201 plassene er 42 på regionalt nivå mens 159 er fylkesdekkende plasser. I henhold til rapporten kunne rundt halvparten av alle inneliggende pasienter i de regionale sikkerhetsavdelingene på registreringstidspunktet ha vært utskrevet til et lavere sikkerhetsnivå, til DPS eller kommune. Også en betydelig andel innlagte ved fylkesdekkende sikkerhetsavdelinger kunne ifølge disse avdelingene vært overført til lavere nivå, dvs. til annet tilbud i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen. Enheter med vedvarende høyt belegg kombinert med begrenset pasientsirkulasjon gjør disse sårbare ved pågang av nye pasienter. Generelt synes likevel kapasiteten ved de regionale og fylkesvise sikkerhetsavdelingene å være tilfredsstillende. Hovedutfordringene synes i stor grad å være av organisatorisk art innen og mellom de ulike behandlingsnivåene i sikkerhetspsykiatrien og de øvrige psykiske helsetjenestene. Det har imidlertid vært rapportert om særlige problemer mht å motta nye pasienter ved den regionale sikkerhetsavdelingen på Dikemark i 2008 og første del av 2009. Situasjonen her rapporteres å være i betydelig bedring. Reduksjonen i antall sikkerhetsplasser er ikke i tråd med nasjonale føringer. Situasjonen har derfor vært og vil fortsatt bli fulgt nøye fra Helse og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet utga i 2007 et rundskriv om vurderinger av risiko for voldelig atferd og bruk av strukturerte kliniske verktøy. Det er fortsatt et stort behov for å styrke bevisstheten og kunnskapen innen psykisk helsevern om risikovurderinger og hvordan slik risiko kan håndteres. Kompetansesentrene innen sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri gir tilbud om opplæring i risikovurderinger. I samarbeid med fagpersonene i de regionale og lokale sikkerhetsavdelinger vil kompetansesentrene også gi undervisning og veiledning til aktuelle instanser om hvordan man håndterer risikosituasjoner. Den spesielle kompetansen som ligger i sikkerhetspsykiatrien innenfor risikovurdering/håndtering må ivaretas.

Mål 2010

For 2010 foreslås det bevilget 14,1 mill. kroner til oppfølging av handlingsplanen mot tvang, herunder nye tiltak som følger av utvalget nevnt ovenfor, samt til prosjekter i regi av kompetansesentrene i sikkerhets, retts og fengselspsykiatri. 2 mill. kroner til prosjekt om sinnemestring som i 2009 ble dekket av denne bevilgningen, er overført til kap. 764 post 73.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Hovedmålene for tilskuddet jf. Opptrappingsplan for rusfeltet er:

- Helsedirektoratets oppfølging av Opptrappingsplan for rusfeltet
- Tiltak for rusmiddelavhengige som soner i fengsel

Helsedirektoratet har fått ansvar for den overordnede årlige rapportering og status av tiltakene innen Opptrappingsplanen for rusfeltet. I tillegg har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utarbeide faglige retningslinjer innen TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling), herunder akuttmedisinsk oppfølging ved overdoser. Helsedirektoratet vil også arbeide med implementeringen av de nasjonale retningslinjer innen LAR.

Majoriteten av innsatte i norske fengsler har til dels omfattende rusmiddelproblemer, og de lovbrudd som innsatte har begått er i stor grad direkte eller indirekte relatert til deres rusmiddelavhengighet. Justisdepartementet etablerte 2007, i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet, rusmestringsenheter ved tre fengsler. Formålet med disse enhetene var å styrke tilbudet til innsatte og domfelte rusmiddelavhengige som har behov for rusbehandling og rehabilitering. Disse enhetene består både av ansatte fra kriminalomsorgen og fra spesialisthelsetjenesten, med særlig kompetanse innen psykisk helse og rus. I 2009 ble nye enheter etablert ved seks fengsler, slik at det i løpet av inneværende år vil være rusmestringsenheter ved i alt ni fengsler.

Stortinget vedtok i forbindelse med behandling av Ot.prp. nr. 81 (2004-2005) å starte forsøk med Narkotikaprogram med Domstolskontroll (ND). Formålet med et slikt program er å forebygge ny kriminalitet og fremme kontroll over eget rusmiddelmisbruk. Forsøk med ND startet i Oslo og Bergen i 2006 og forsøksperioden ble vedtatt forlenget ut 2011. Midlertidige oppsummeringer fra 2008 viser at om lag 100 innsatte/domfelte har startet opp i et slikt program. Statens Institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har fått i oppdrag å evaluere effekten av ND.

«Stifinner'n» er et tilbud til mannlige innsatte ved Oslo Kretsfengsel, i samarbeid med Tyrilistiftelsen. Formålet med tiltaket er å tilby innsatte rusmiddelavhengige oppstart av behandling i soningstiden, med videre behandlingsforløp etter endt soning. Midlene til drift av tiltaket dekkes dels av Justisdepartementet og dels Helse- og omsorgsdepartementet. I 2008 ble det også etablert et eget Stifinner'n-prosjekt ved Bredtvet kvinnefengsel.

For 2010 foreslås det etablert nye rusmestringsenheter i fengsler der spesialisthelsetjenesten bistår med fagpersonell med midler over denne posten.

For 2010 foreslås det bevilget 38,4 mill. kroner til rusområdet over denne posten.

Kap. 737 Kreftregisteret

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
70	Tilskudd	83 808	87 496	
	Sum kap. 737	83 808	87 496	

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur, er bevilgningen flyttet fra kap. 737, post 70 til kap.732, post 70.

Programkategori 10.40 Psykisk helse

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
742	Kontrollkommisjonene og andre utgifter under psykisk helsevern	40 884	37 665		-100,0
743	Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse	6 415 297	695 668		-100,0
744	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	62 793	53 741		-100,0
	Sum kategori 10.40	6 518 974	787 074		-100,0

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
01-23	Statens egne driftsutgifter	58 858	58 625		-100,0
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	3 517 096	94 900		-100,0
70-89	Andre overføringer	2 943 020	633 549		-100,0
	Sum kategori 10.40	6 518 974	787 074		-100,0

Kap. 742 Kontrollkommisjonene og andre utgifter under psykisk helsevern

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
01	Driftsutgifter	37 307	35 610	
70	Tilskudd	3 577	2 055	
	Sum kap. 742	40 884	37 665	

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er bevilgningen flyttet til kap. 734.

Kap. 743 Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	21 551	23 015	
62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, *kan overføres*	3 517 096	94 900	
70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, *kan overføres*	393 323	418 162	
73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, *kan overføres*	123 760	114 966	
75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, *kan overføres*	2 359 567	44 625	
	Sum kap. 743	6 415 297	695 668	

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er bevilgningene under:

- postene 21, 62, 70 og 73 flyttet til kap. 764, postene 21, 60, 72 og 73.
- post 75 flyttet til kap. 764, post 60, og til kap. 734, post 72.

Kap. 744 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
70	Fagenhet for tvungen omsorg	62 793	53 741	
	Sum kap. 744	62 793	53 741	

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er bevilgningen flyttet til kap. 734, post 71.

Programkategori 10.50 Legemidler

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
750	Statens legemiddelverk	175 351	189 809	206 010	8,5
751	Legemiddeltiltak	54 591	62 541	69 542	11,2
	Sum kategori 10.50	229 942	252 350	275 552	9,2

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
01-23	Statens egne driftsutgifter	173 658	197 581	218 175	10,4
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	9 359	4 016		-100,0
70-89	Andre overføringer	46 925	50 753	57 377	13,1
	Sum kategori 10.50	229 942	252 350	275 552	9,2

Programkategorien er knyttet til oppfyllelsen av følgende mål for legemiddelpolitikken:

- Befolkningen skal ha tilgang til sikre og effektive legemidler uavhengig av betalingsevne
- Legemidler skal brukes riktig medisinsk og økonomisk
- Det skal være lavest mulig pris på legemidler

Det vises også til målene på refusjonsområdet, jf. Ot.prp. nr. 29 (1998–1999) og Innst. O. nr. 52 (1999–2000) samt St.meld. nr. 18 (2004–2005) og Innst. S. nr. 197 (2004–2005).

Kap. 750 Statens legemiddelverk

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
01	Driftsutgifter	165 992	185 793	206 010
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	9 359	4 016	
	Sum kap. 750	175 351	189 809	206 010

Statens legemiddelverk skal bidra til å sikre at målene for legemiddelpolitikken og på refusjonsområdet blir oppfylt.

Legemiddelverkets målgrupper er legemiddelindustri, legemiddelgrossister, apotek og forskrivere. I tillegg er pasienter og allmennheten en målgruppe for informasjon om legemidler.

Legemiddelverkets forvaltningsoppgaver er knyttet til utredning av kvalitet, sikkerhet og effekt i forbindelse med godkjenning av legemidler (markedsføringstillatelse), maksimalprisfastsettelse, opptak av legemidler på forhåndsgodkjent refusjon, vedlikehold av markedsføringstillatelser for legemidler på markedet, bivirkningsovervåking, kvalitetskontroll, veiledning om riktig legemiddelbruk, forvaltning og tilsyn med legemiddelforsyningskjeden, godkjenning av klinisk utprøving av legemidler, utredning av utviklingsplaner for legemidler til barn og forvaltning og overvåking av den legale omsetningen av narkotiske legemidler og virkestoff.

Tilgang til sikre og effektive legemidler

Søknader om markedsføringstillatelse for legemidler behandles i stor grad innenfor et europeisk samarbeid. Søknader kan være av forskjellige typer, og behandlingen i Legemiddelverket skjer på ulike nivå, fra fullstendige utredninger av all søknadsdokumentasjon, til å kommentere eller anerkjenne vurderinger gjort av andre EØS-land. Aktiv deltagelse i det europeiske samarbeidet er et godt virkemiddel for å fremme velbegrunnede nasjonale faglige standpunkt slik som beskyttelse av den relativt gode situasjonen Norge har med hensyn til resistens mot antibiotika.

Antall søknader har hatt en meget stor årlig vekst (mer enn tredoblet fra 2000), og Legemiddelverket har fortsatt utfordringer når det gjelder å overholde forskriftsfestede krav til behandlingstid. Ressursene Legemiddelverket fikk tildelt i 2009 har hatt en positiv effekt på saksbehandlingstiden og definerte køer er redusert. Til tross for effektiviseringstiltak, tilførsel av nye ressurser, igangsetting av prosjekter for effektivisering gjennom elektronisk behandling og omorganisering, har det imidlertid ikke vært mulig å få saksbehandlingstiden ned på et tilfredsstillende nivå. Det er derfor behov for å øke bemanningen på dette området ytterligere. Legemiddelverket har startet en langsiktig satsing på elektroniske løsninger som på sikt skal sørge for at søknader kan mottas elektronisk, og at saksbehandling og arkivering skal bli fullelektronisk. Det samme gjelder kommunikasjon med industrien underveis i søkeprosessen og når søknaden er ferdigbehandlet. Videre er det igangsatt prosjekter innenfor mål- og resultatstyring, lederutvikling samt et kvalitetsprosjekt (ISO-sertifisering). Disse prosjektene er igangsatt for å forberede og gjøre Legemiddelverket i stand til å hente ut gevinster fra den elektroniske samhandlingen.

Bivirkningsovervåking av legemidler er viktig for å sikre trygg og riktig bruk. Rapporteringssystemet er organisert gjennom regionale legemiddelinformasjonssentra (Relis). De fem sentrene legger bivirkningsrapporter inn i en nasjonal bivirkningsdatabase og gir respons tilbake til melder. Dataene i den nasjonale basen legges videre inn i en sentral europeisk database og i WHOs bivirkningsdatabase. Dette samarbeidet er viktig for raskt å oppdage nye bivirkninger. I tillegg deltar Legemiddelverket i det europeiske samarbeidet på bivirkningsområdet. Samarbeidet fører til at både tiltak og informasjon blir harmonisert i hele EØS-området. Legemiddelverket utarbeider en elektronisk løsning hvor pasienter kan rapportere legemiddelbivirkninger. Målsetningen er å fange opp ny informasjon om enkeltlegemidler eller legemiddelgrupper.

Legemiddelverkets ansvar for tilsyn med forsyningskjeden for legemidler omfatter importører, råvareprodusenter, legemiddeltilvirkere, grossister og apotek. Hensikten er å føre tilsyn med produksjon av legemidler og sikre at legemidlenes kvalitet ikke forringes på veien fra produsent til allmennheten, og at legemiddelloven og apotekloven overholdes ved omsetning av legemidler.

Legemiddelverket inspiserte i 2008 om lag 10 pst. av virksomhetene i legemiddelforsyningskjeden. I tillegg ble det gjennomført fire inspeksjoner innen området kliniske utprøvninger.

Legemiddelverket har evaluert ordningen med salg av legemidler utenom apotek. Rapporten konkluderer med at ordningen har fungert bra. Omsetning av legemidler utenom apotek har bidratt til økt tilgjengelighet av legemidler til befolkningen og har virket dempende på prisutviklingen. Det har vært et stabilt legemiddelforbruk av de mest omsatte legemidlene, og lite tyder på at ordningen har medført redusert sikkerhet for befolkningen. Listen over legemidler for salg utenom apotek ble utvidet fra 1. januar 2009 etter en bred høring. Samarbeidet med Mattilsynet om inspeksjoner av utsalgsstedene fungerer godt. Mattilsynet har som mål å utføre om lag 900 inspeksjoner i 2009 av de omlag 6500 utsalgssteder i ordningen. Alvorlige avvik er sjeldne.

Adgangen til forsendelse av legemidler fra apotek har som hovedregel vært begrenset til apotekets geografiske nærområde. Som følge av endringer i apotekloven er det fra 1.januar 2010 åpnet for fri forsendelse av legemidler fra apotek, herunder netthandel. I første omgang vil dette begrenses til reseptfrie legemidler. Legemiddelverket vil, i samarbeid med apotekbransjen, utvikle forslag til kvalitetskrav og praktiske løsninger til slik netthandel for å sikre forsvarlig forsendelse og informasjon til pasientene. Utstrakt netthandel vil kunne påvirke det økonomiske grunnlaget for distriktsapotek, og dette skal derfor vurderes særskilt.

Refusjonsordning som gir lik og enkel tilgang til effektive legemidler ved dokumentert behov

Legemiddelverket har videreutviklet systemet for forhåndsgodkjent refusjon av legemidler på blåresept med den nye blåreseptforskriften som trådte i kraft 3. mars 2008. Tilbakemeldinger tyder på at refusjonsvilkår er blitt mer synlige i den nye ordningen. I 2008 ble det behandlet 91 refusjonssøknader hvorav 83 fikk innvilget refusjon, 2 ble sendt departementet på grunn av at de oversteg bagatellgrensen og 6 ble avslått. Blåreseptnemnda, som skal hjelpe Legemiddelverket med å kvalitetssikre beslutningsgrunnlaget i viktige saker, avholdt regelmessige møter.

Medisinsk og økonomisk riktig bruk av legemidler

Legemiddelverkets avdeling for legemiddelinformasjon startet opp i 2008. I 2009 ble det gjennomført en stor informasjonskampanje om generisk bytte. Etaten vil i 2010 bl.a. videreutvikle det elektroniske forskrivnings- og ekspedisjonsstøttesystemet. Å bringe oppdatert legemiddelinformasjon ut til legens arbeidsstasjon, er en effektiv metode for å bidra til riktigere legemiddelbruk. Andre viktige saker er informasjon til publikum om risiko ved internetthandel med legemidler fra utlandet og informasjon om p-piller og bivirkninger. Legemiddelverket vil i 2010 få en ny løsning for å presentere seg på internett. I den sammenheng vil man ta i bruk nye, målrettede kanaler for informasjon slik at kontakten med målgruppene kan videreutvikles og best mulig dialog og samarbeid på området legemiddelinformasjon kan oppnås.

Legemidler skal ha lavest mulig pris

Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes regulering av markedet for kopilegemidler, jf. Dokument nr. 3:7 (2008-2009) og Innst. S. nr. 227 (2008-2009), bekreftet at Norge er blant de billigste av de ni vesteuropeiske sammenligningsland på legemidler og har de laveste prisene på byttbare legemidler som er inkludert i trinnprissystemet. Trinnprismodellen omfattet i mai 2009 totalt 51 virkestoff. Legemiddelverket følger utviklingen tett og vurderer løpende opptak av nye legemidler og endringer av reguleringene.

Merknader til budsjettforslaget

Det foreslås å styrke budsjettet med 14 mill. kroner for å styrke arkiv og saksbehandlingskapasitet mht. markedsføringstillatelser for legemidler. Økningen foreslås dekket inn gjennom en økning av registreringsgebyr, jf. kap. 3750 post 04. På grunn av avgrensingsproblemer mellom post 01 og post 45 når det gjelder regnskapsføring av større investeringer, foreslås bevilgningen over post 45 i sin helhet overført til post 01.

Kap. 3750 Statens legemiddelverk

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
02	Diverse inntekter	7 130	1 916	1 977
04	Registreringsgebyr	96 718	111 215	128 774
06	Refusjonsgebyr	2 120	2 412	2 489
16	Refusjon av foreldrepenger	1 646		
18	Refusjon av sykepenger	2 800		
	Sum kap. 3750	110 414	115 543	133 240

Post 02 Diverse inntekter

Posten gjelder gebyrinntekter i forbindelse med godkjenning av produkter til rengjøring og desinfeksjon av fiskeoppdrettsanlegg, gebyrer for behandling av søknader om apotekkonsesjoner, godtgjørelse og refusjoner fra Emea samt diverse inntekter (seminarer, laboratorietjenester, trykksaker mv.).

Post 04 Registreringsgebyr

Registreringsgebyret er et gebyr industrien betaler for å få behandlet søknader om markedsføringstillatelse eller vurdering av klinisk utprøving av et legemiddel. Bevilgningen foreslås satt opp 14 mill. kroner, jf. omtale under kap. 750.

Post 06 Refusjonsgebyr

Refusjonsgebyret er et gebyr legemiddelfirmaene betaler for å få behandlet søknader om forhåndsgodkjent refusjon.

Kap. 751 Legemiddeltiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	7 666	11 788	12 165
70	Tilskudd	46 925	50 753	57 377
	Sum kap. 751	54 591	62 541	69 542

Post 21 Spesielle driftsutgifter

I perioden 2007 – 2009 er midlene over denne posten brukt til å følge opp St.meld. nr. 18 (2004–2005) om legemiddelpolitikken. Denne prioriteringen vil bli videreført i 2010. Det foreslås blant annet at midler benyttes til tiltak knyttet til riktig legemiddelbruk, herunder støtte til et nytt erfaringsbasert mastergradsstudium i klinisk farmasi ved UiO som startet høsten 2009. I tillegg benyttes midler på posten til statlig fullfinansiering av Legemiddelhåndboken.

Post 70 Tilskudd

Kompetansenettverk legemidler for barn

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 372, 30. mai 2005

> «Stortinget ber Regjeringen legge forholdene til rette for å heve norsk kompetanse på legemiddelbehandling til barn gjennom å etablere et nasjonalt tverrfaglig kompetansenettverk.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av St.meld. nr. 18 (2004-2005), Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk, jf. Innst. S. nr. 197 (2004-2005).

Helsedirektoratet ga i 2008 Barneklinikken ved Haukeland sykehus i oppgave å etablere et nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn som et pilotprosjekt i 2008/2009. I følge direktoratet har man i nettverket tatt tak i relevante oppgaver og lagt planer for å møte utfordringer på området.

I Budsjett-innst. S. nr. 11 (2008-2009) står det:

> «Komiteen er imidlertid av den mening at det nasjonale kompetansenettverket for legemidler til barn bare er første del av flere tiltak. Det er viktig at det også settes av forskningsmidler til dette feltet slik at en i fremtiden vet mer om hvordan legemiddelbehandlingen av barn gir seg utslag senere i livet.»

Regjeringen vil følge opp dette i arbeidet med nye forskningsprogram i Norges forskningsråd.

Det foreslås å bevilge 5 mill. kroner i 2010 til nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn. Midlene skal blant annet brukes til å dekke kostnadene ved å ha en fast organisasjon med leder og sekretær samt frikjøp av fagpersoner fra de regionale helseforetakene og primærhelsetjenesten.

Tilskudd til apotek

Det ble opprettet 27 nye apotek i 2008, mens fire apotek ble lagt ned. Departementets avtale med apotekkjedene om sikring av distriktsapotek ble fornyet fram til 1. juli 2011. Avtalene sikrer videre drift av apotek i kommuner som per 1. mars 2005 hadde minst ett privat apotek. Per 1. august i 2009 var det 646 apotek i Norge fordelt på 246 kommuner.

Statens tilskudd er øremerket apotek i distriktene med liten omsetning og apotek som har særlige samfunnsoppgaver (vaktapotek). Videre gis støtte til Institutt for energiteknikk (IFE) i forbindelse med omsetning av radioaktive legemidler.

Tilskudd til fraktrefusjon av legemidler

Fraktrefusjonsordningen gjelder for pasienter som har uforholdsmessig lang vei til nærmeste apotek eller er for syke til å oppsøke apotek. Under denne ordningen dekkes inntil 50 pst. av forsendelses-

kostnaden. Det er forutsatt at forsendelsene skal skje på en kostnadseffektiv måte. Ordningen skal ikke benyttes av apotekene som ordinær service eller salgsfremmende tiltak overfor pasienter/kunder.

Etterutdanning

Over denne posten gis støtte til etterutdanningstilbudet som gis ved Avdeling for videre- og etterutdanning (Vett) ved Universitetet i Oslo, samt til stipender til etterutdanning for farmasøyter. Tilbudet er av betydning for å opprettholde og videreutvikle kompetansen på farmasøytiske arbeidsplasser i Norge.

Tilskudd til regionale legemiddelsentra

Det er i dag fem regionale legemiddelinformasjonssentra, Relis. Relis er en del av helseforetakssystemet og driften er lagt til universitetssykehusene. Legemiddelverket har en sentral rolle i styringen av sentrene. Relis er en viktig informasjonskilde for legemiddelforskrivning gjennom sin spørsmål- og svartjeneste, som også omfatter spørsmål om legemiddelbruk tilpasset den enkelte pasient med spesielle behov.

De regionale legemiddelinformasjonssentrene har også en viktig rolle i bivirkningsovervåkingen ved at de mottar bivirkningsmeldinger, vurderer årsakssammenhengen og gir tilbakemeldinger til legene. Sammen med bivirkningsrapportering fra EU-landene, gir dette grunnlag for oppdatert informasjon om legemidler.

Tilskudd til veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonssenter

Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonssenter, Vetlis, er organisert under Helse Sør-Øst, men finansiert gjennom Legemiddelverket. Vetlis har en landsdekkende funksjon og formidler produsentnøytral informasjon om bruk av legemidler til dyr. Riktig legemiddelbruk er spesielt viktig når det gjelder matvaresikkerhet og for å hindre antibiotikaresistens. Vetlis bidrar også med å utarbeide og evaluere statistikk over forbruket av antibakterielle midler i veterinærmedisinen.

Kap. 3751 Legemiddeltiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
03	Tilbakebetaling av lån	166	171	176
	Sum kap. 3751	166	171	176

Under den tidligere apotekloven ga staten støtte i form av rentefritt lån ved etablering av nye apotek, overtakelse av apotek eller ved ombygging/oppgradering/flytting av apotekanlegg o.l. Tilskudd ble gitt for en periode på inntil fem år og gjaldt for alle apotek. Ordningen med rentefritt lån har nå opphørt.

Programkategori 10.60
Helse- og omsorgstjenester i kommunene

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
760	Utredningsvirksomhet mv.	14 453	25 230		-100,0
761	Omsorgstjeneste	1 301 563	1 962 523	1 550 228	-21,0
762	Primærhelsetjeneste			231 446	
763	Rustiltak			642 896	
764	Psykisk helse			751 576	
769	Utredningsvirksomhet mv.			34 037	
	Sum kategori 10.60	1 316 016	1 987 753	3 210 183	61,5

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert udsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
01-23	Statens egne driftsutgifter	105 561	168 904	292 229	73,0
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	887 854	1 474 765	1 926 676	30,6
70-89	Andre overføringer	322 601	344 084	991 278	188,1
	Sum kategori 10.60	1 316 016	1 987 753	3 210 183	61,5

Innledning

Hoveddelen av Helse- og omsorgsdepartementets tilskudd til helse- og omsorgstjenester i kommunene er samlet i programkategori 10.60. I tillegg kommer statlige trygderefusjoner til blant annet lege- og fysioterapitjenester, som er omtalt i programområde 30. Kommunenes frie inntekter finansierer for en stor del de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det vises derfor også til omtalen i Kommunal- og regionaldepartementets budsjettproposisjon.

Kommunene har et lovpålagt ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Rammene for kommunenes tjenestetilbud er nedfelt i kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og pasientrettighetsloven. Virksomheten i kommunenes helse- og omsorgstjeneste reguleres også gjennom sentralt avtaleverk mellom kommune, stat og yrkesorganisasjoner, slik som fastlege- og fysioterapivirksomhet.

Målet for helse- og omsorgstjenestene er å sikre at innbyggerne får et tjenestetilbud som er helhetlig, sammenhengende og tilpasset den enkelte bruker. Tjenestene skal være likeverdige og av god kvalitet. Det er opp til kommunen å innrette tjenestene slik at de dekker de lovpålagte oppgavene innenfor forebygging, behandling, rehabilitering og omsorg. Å gi et helhetlig og tverrfaglig tilbud tilpasset til den enkelte bruker er sentralt i den kommunale tjenesteytingen.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er i utvikling. De siste 20 årene har kommunene fått nye oppgaver og samtidig hatt en stor tilvekst av

nye brukergrupper. Innføring av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, samt gjennomføringen av sykehjemsreformen, reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming, fastlegereformen og opptrappingsplanen for psykisk helse står som viktige milepæler i denne utviklingen. Til sammen har dette lagt grunnlaget for et omfattende tjenestetilbud på kommunalt nivå. Også innenfor den kommunale helsetjenesten har det vært en betydelig utvikling i oppgaveløsningen de siste 20 årene både i tjenester som utføres innenfor den kommunale forvaltningen og i tjenester som leveres av fastlegene og fysioterapeuter med avtale. Økning i aktiviteten i spesialisthelsetjenesten, samt omlegging av driften til kortere liggetid og overgang til mer dagbehandling og poliklinisk virksomhet, har medført at flere oppgaver enn tidligere blir løst i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Andre trekk ved de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste årene er en tjenesteinnretning som i stor grad vektlegger livskvalitet, mestring og trygghet i hverdagen. Tjenestetilbudet har gjennomgående fått en mer aktiv profil og det legges større vekt på brukerinnflytelse. Slik sikres at brukerne av helse- og omsorgstjenester kan leve et mest mulig verdig og selvstendig liv. Utviklingen viser også at det ytes mer kompleks medisinsk behandling i de kommunale tjenestene enn tidligere. Samtidig er det skjedd en dreining fra tradisjonelle institusjonstjenester til hjemmebasert behandling og oppfølging. Nye tall viser blant annet en markant økning i antallet brukere som får hjemmesykepleie de siste ti årene.

Helse- og omsorgstjenesten skal gi befolkningen tjenester av god kvalitet uavhengig av alder, diagnose eller funksjonsevne. Mange brukere som står i krevende livssituasjoner, kan ha både sosiale og helsemessige problemer eller oppleve funksjonssvikt. Målet for kommunene er å tilby tjenester som er tilpasset brukernes individuelle behov uavhengig av om de har psykiske lidelser, somatiske problemer eller rusmiddelproblemer.

Brukere av helse og omsorgstjenestene

Hele befolkningen er i prinsippet brukere av helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Nesten hele befolkningen står på liste hos fastlege. I gjennomsnitt er hver innbygger i konsultasjon hos fastlegen vel 2,5 ganger per år – kvinner 2,9 og menn 2,1 – ifølge NAV 2007. De hyppigst brukte hoveddiagnosene i fastlegevirksomhet er knyttet til muskel- og skjelettsystemet (18,8 pst.), hjerte-/karsystemet (13,8 pst.), luftveier (13 pst.) og psykiske forhold (9,8 pst.). Oppslutningen om helsestasjonene er stor, og fire av fem barn følges opp på helsestasjon ved samtlige fem kontroller før annen klasse på skolen.

I overkant av 260 000 personer mottok omsorgstjenester i 2008. Om lag 16 pst. mottok sitt tjenestetilbud i institusjon, mens 65 pst. av brukerne fikk sitt tjenestetilbud gjennom hjemmesykepleie og praktisk bistand (hjemmehjelp, hjemmevaktmester mv.). Om lag 20 pst. av brukerne, eller vel 50 000 personer, mottok andre typer tjenester som avlastning, omsorgslønn, støttekontakt osv. Psykisk helsearbeid i kommunene omfatter tiltak og tjenester til mennesker med psykiske vansker og lidelser og deres familier og nettverk. En undersøkelse fra Sintef (2007) anslår at det er om lag 70 000 mottakere av kommunale tjenester hvor hovedårsaken til bistandsbehovet var psykiske lidelser/problemer. Det er vanskelig å få frem presise tall om antall personer med rusmiddelproblemer som benytter kommunale helse- og omsorgstjenester, blant annet fordi tjenesteyting registreres på bakgrunn av behov og ikke diagnose. Brukere med psykiske lidelser og personer med rusmiddelproblemer er også brukere av kommunale omsorgstjenester.

Personell

Ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå har det i perioden 2005 til 2008 vært en betydelig økning i antall årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kommunene økte årsverksinnsatsen i omsorgstjenesten med om lag 12,7 pst. fra 2005 til 2008.

Tabell 5.12 Årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2005-2008[1]

	2005	2006	2007	2008
Legeårsverk i kommunehelsetjenesten	4 129	4 281	4 396	4 533
Årsverk i helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten[2]	2 701	2 841	3 002	3 062
Fysioterapiårsverk	4 148	4 205	4 255	4 334
Årsverk i pleie- og omsorgstjenestene[3]	107 071	113 220	118 189	121 209
Sum	118 139	124 547	129 842	133 138

1 Årsverk er summen av heltidsstillinger og deltidsstillinger omregnet til heltidsstillinger. Fravær og vikarer er ikke trukket fra. Tall for 2008 er foreløpige.
2 Leger og fysioterapeuter er ikke medregnet
3 Leger og fysioterapeuter med et arbeidsforhold knyttet til aktivisering av eldre og funksjonshemmede er ikke inkludert.
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Finansiering av helse- og omsorgstjenestene i kommunene

Helse- og omsorgstjenestene i kommunene finansieres i hovedsak gjennom kommunenes frie inntekter, øremerkede tilskudd, trygderefusjoner og brukerbetaling. De frie inntektene fordeles gjennom inntektssystemet for kommunene. Det overordnede formålet med inntektssystemet er å utjevne kommunenes forutsetninger for å gi et likeverdig tjenestetilbud til sine innbyggere.

Kommunenes utgifter til helse- og omsorgstjenester var om lag 80 mrd. kroner i 2008, og tilsvarte om lag 1/3 av kommunenes brutto driftsutgifter. Omsorgstjenesten utgjør alene om lag 28 pst. av de samlede brutto driftsutgiftene for kommunen, eller om lag 70 mrd. kroner. Kommunenes utgifter til rusmiddeltiltak og til psykisk helse inngår for en stor del i kommunenes samlede utgifter til helse- og omsorgstjenester.

Statlige trygderefusjoner til helsetjenester i kommunene omfatter blant annet allmennlegetjenester, fysioterapi og jordmortjeneste og utgjør årlig om lag 5,3 mrd. kroner. Nærmere omtale av utviklingen i trygderefusjoner er gitt på programområde 30. Brukerbetaling og egenandeler utgjør i tillegg en viktig del av finansieringen av helse- og omsorgstjenestene.

Tabell 5.13 Utviklingen i brutto driftsutgifter i kommunene, utgifter til pleie- og omsorg og kommunehelsetjenester (mill. kroner)[1]

	2005	2006	2007	2008
Brutto driftsutgifter i kommunene i alt	206 539	220 347	238 054	261 497
Brutto driftsutgifter til kommunehelsetjenester i alt	7 910	8 373	8 968	9 838
Brutto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester i alt	53 165	58 383	62 957	70 587

1 Brudd på tidsserie på grunn av innføring av ny datakilde i 2007. Tall for 2008 er foreløpige
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Gjennom ulike datakilder som Kostra, Iplos, fastlegedatabasen, legeoppgjørsdata og datamateriale fra ulike fag- og forskningsmiljøer har vi i dag relativt god oversikt over utviklingen i de ulike delene av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Departementet arbeider med å få bedre analyser av den samlede tjeneste- og kostnadsutviklingen for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Hovedutfordringen for helse- og omsorgstjenestene i kommunene er både å samhandle bedre med spesialisthelsetjenesten og å sikre god samhandling mellom de ulike deltjenestene i kommunen. I mange sammenhenger, både organisatorisk og ut fra finansieringskilde, er det vanlig å skille mellom omsorgstjenester, sosialtjenester og primærhelsetjenester. I tillegg har man gjennom satsinger som Opptrappingsplan for psykisk helse og

Opptrappingsplanen for rusfeltet fokusert særskilt på tjenestetilbudet til mennesker med rusmiddelproblemer og på psykisk helsearbeid i kommunene. For brukerne av tjenestene kan et slikt fragmentarisk tjenestesystem være utfordrende.

Samhandlingsreformen

St.meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen, ble lagt fram den 19. juni 2009. Meldingen tar utgangspunkt i at samfunnet står overfor store helsemessige, samfunnsmessige og økonomiske utfordringer. En økende aldrende befolkning, endringer i befolkningens helsetilstand og manglende helhetlig og systematisk oppfølging og behandling er hovedutfordringene som ligger til grunn for meldingen. Videre preges tjenestene av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.

Alle utfordringene krever tiltak som støtter helheten i tjenestesystemene. Det er behov for å endre strukturen i oppbygging av tjenestene og det må etableres rammebetingelser som motiverer virksomhetene til å samarbeide og levere tjenester i samsvar med politiske mål. Samhandlingsreformen skal sikre en framtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester og på de store samfunnsøkonomiske utfordringene. Målet med samhandlingsreformen er bedre og mer koordinerte helse- og omsorgstjenester og en større innsats for å forebygge og begrense sykdom. Regjeringen fremmer fem hovedgrep for å møte dagens og framtidas utfordringer:

1. Utvikle en klarere pasientrolle – pasientrollen skal løftes fram, og medvirkning skal økes og bli mer reell.
2. Utvikle en ny framtidig kommunerolle, slik at de i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpet.
3. Etablere økonomiske insentiver som understøtter ønsket oppgaveløsning og som gir grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger.
4. Utvikle spesialisthelsetjenestens rolle, slik at den i større grad enn i dag kan bruke sin spesialiserte kompetanse.
5. Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer.

Hovedgrepene suppleres også med forslag om tiltak knyttet til utvikling av IKT- systemer, utvikling av forsknings- og utdanningspolitikk og personalpolitikk og samarbeid mellom helsemyndighetene og andre sektorer.

Pasientrolle og pasientforløp

Mange pasienter og pårørende har opplevd at det blir deres ansvar å stå for den praktiske koordineringen mellom de ulike deltjenestene. I stedet må de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten bedre sin evne til å svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester. Tjenestene må vise vilje til å fange opp hva som er pasientens forståelse av sitt behov. Pasientmedvirkning må i større grad enn i dag rettes inn mot de helhetlige pasientforløpene. Både medvirkning og pasientmakt skal økes og bli mer reell.

Helse- og omsorgsdepartementet har gjennomført et pasientforløpsprosjekt der aktuelle bruker-, fag- og frivillige organisasjoner og andre sentrale aktører deltok i utviklingen av pasientforløp på ulike områder. Arbeidet identifiserte områder der det skjer brudd eller svikt i tjenesteytingen og drøftet relevante tiltak for å bedre pasientforløpene. Departementet vil sammenstille rapportene fra dette arbeidet og benytte dem i det videre utviklingsarbeidet.

Gjennomføring av samhandlingsreformen

Stortingsmeldingen drøfter de overordnede utviklingslinjene og rammene for en samhandlingsreform. Meldingen og Stortingets behandling av denne vil gi grunnlaget for den konkrete innretningen av tiltak på de ulike utviklingsområdene. Helse- og omsorgsdepartementet vektlegger at implementeringen av reformen skal være et langsiktig planarbeid, som preges av involverende og inkluderende prosesser med berørte aktører og brukergrupper, samt et helhetlig og koordinert gjennomførings- og oppfølgingsarbeid.

Med forbehold om Stortingets behandling, legger departementet til grunn følgende milepæler for gjennomføringen av reformen:

- Nasjonal helse- og omsorgsplan legges fram i 2010. Planen er et virkemiddel for realisering og videreutvikling av nasjonal helse- og omsorgspolitikk og en konkretisering av samhandlingsreformen.
- Lovproposisjon fremmes i 2010, og omfatter bl.a. framtidige kommunale oppgaver og ansvar, lovpålagt kontaktpunkt i tjenestene og forpliktende avtalesystem.
- Iverksetting av ny finansieringsordning i 2012. Det foreslås at eventuelle oppgaver som skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunalt forvaltningsansvar koordineres med iverksettelse av de nye finansieringsordningene.

Ytterligere konkretiseringer av tiltak i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale helse- og

omsorgstjenestene for å sikre gjennomføring av reformen, vil bli presentert for Stortinget i egnet form.

Mål og tiltak 2010

Med utgangspunkt i dagens og framtidas utfordringer er et av hovedgrepene i meldingen å utvikle en ny framtidig kommunerolle, slik at kommunene i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpet. Samhandlingsreformen legger til grunn at den forventede behovsveksten i en samlet helse- og omsorgstjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Kommunene må rustes opp og gis insitamenter til å fremme god helse, øke den enkeltes mestringsevne, forhindre sykdomsutvikling og begrense innleggelser i sykehus. På denne bakgrunn skal alle tiltak på de kommunale tjenesteområdene understøtte samhandlingsreformens intensjoner og målsettinger, og sikre en vridning av ressursinnsatsen mot tiltak som vil bidra til mer koordinerte helse- og omsorgstjenester og en større innsats for å forebygge og begrense sykdom.

Regjeringen foreslår en styrking av midler til oppfølging av samhandlingsreformen på 273 mill. kroner i 2010, herunder 240 mill kroner til forebyggende helsetjenester og 33 mill. kroner til forskning. I tillegg foreslås det å videreføre 96 mill. kroner til samhandlingstiltak fra 2009. Samlet foreslås det bevilget 369 mill. kroner til samhandlingstiltak i 2010 til følgende formål:

1. *Styrking av forebyggende helsetjenester*. Det foreslås en økning på 230 mill. kroner i kommunenes frie inntekter i 2010 for å styrke forebyggende helsetjenester. Det er behov for en mer kunnskapsbasert og systematisk innsats og en sterkere organisatorisk forankring av det forebyggende arbeidet i kommunene. En styrking av det forebyggende helsearbeidet skal bidra til bedre helse i befolkningen, og til å begrense innleggelser i sykehus og redusere behandlingsbehov. Det foreslås 6 mill. kroner til Helsedirektoratets oppfølging av den kommunale satsingen på forebyggende helsetjenester. Det vises til nærmere omtale under kap. 762, post 21, kap. 719, post 60 og til Kommunal- og regionaldepartementets budsjettproposisjon. I tillegg foreslås det å styrke Norges idrettsforbunds satsing på forebyggende helseaktivitet gjennom fysisk aktivitet med 4 mill. kroner i 2010. Det vises til kap. 719, post 73.
2. *Forskning og kompetanseutvikling*. For å bedre kvaliteten på tjenestene for den enkelte bruker er det nødvendig med et solid kunnskapsgrunnlag. For å sikre et forskningsbasert kunnskapsgrunnlag for utvikling av mer sammenhengende helse- og omsorgstjenester og bidra til økt kompetanse innen forebygging og helsefremmende arbeid, foreslås en samlet bevilgning til forskning med til sammen 33 mill. kroner i 2010 til følgende tiltak:
   - Styrke omsorgsforskning med 14 mill. kroner (jf. satsing på Omsorgsplan 2015). Dette skal blant annet bidra til å bedre forutsetningene og kunnskapsgrunnlaget for lokal og nasjonal planlegging og gi økt kunnskap om utvikling av oppgaver og virksomhetstyper, framtidig kompetansebehov og hensiktsmessig og effektiv organisering og ressursfordeling. Det vises til kap. 761, kap. 780, post 70 og kap. 769, post 21.
   - Øke allmennmedisinsk forskning gjennom å øke basisbevilgningen til de allmennmedisinske forskningsenhetene (AFE) med 4 mill. kroner. Midlene skal bidra til å styrke legenes kunnskapsgrunnlag. Satsingen knyttes mot psykisk helse og rusmiddelproblematikk spesielt. Det vises til kap. 762, post 70.
   - De regionale helseforetakene benytter betydelige midler over sin basisbevilgning til dekning av utgifter knyttet til forskning og utvikling, i tillegg til de øremerkede midlene som tildeles som delvis resultatbasert tilskudd til forskning. Det forutsettes at minst 15 mill. kroner av den del av basisbevilgningen som helseforetakene bruker til forskning skal benyttes til forskning rettet mot samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det vises til kap. 732, post 70.
3. *Lokalmedisinske sentra og kommunesamarbeid*. Det foreslås 33 mill. kroner til utvikling av lokalmedisinske sentra som en del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Midlene skal også benyttes til å utvikle samarbeid om andre oppgaver, for eksempel oppbygging av ambulante team eller lærings- og mestringstjenester i kommunal sektor, herunder modeller som omfatter psykisk helsearbeid og tilbud til rusmiddelavhengige. Dette kan bidra til å sikre brukere større nærhet til tjenestetilbudet og forhindre unødvendige innleggelser i sykehus. Samarbeid om viktige oppgaver vil bidra til å styrke kommunene faglig og kompetansemessig, samt kunne være av avgjørende betydning i forhold til å realisere gevinsten og redusere risikoen ved en eventuell kommunal medfinansiering. Det vises til kap. 761, post 21.
4. *Samhandlingstiltak innen psykisk helse*. For å bidra til utvikling av organisatoriske forplik-

tende samhandlingsmodeller mellom kommune og spesialisthelsetjenesten om psykisk helse, foreslås det å videreføre 50 mill. kroner over kap. 764, post 60. Aktivt oppsøkende behandlingsteam utgjør en viktig del av satsingen og bidrar til å styrke tilbudet til dem som i dag har et underforbruk av tjenester, eller som ikke mottar noen tjenester.

5. *Samhandlingstilskudd under Opptrappingsplanen for rusfeltet*. Det foreslås å videreføre 5 mill. kroner til ulike samhandlingsprosjekt for å bedre det helhetlige tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere. Det vises til kap. 763, post 21.
6. *Sykestueprosjekt og pilotsykehus*. Det foreslås å videreføre forsøksordning med aktivitetsbasert finansiering av sykestuene i Finnmark og følge opp pilotsykehusprosjektet med en bevilgning på 8 mill. kroner i 2010. Det vises til kap. 732, post 70.

Den 1. juli i år ble Norsk Helsenett SF etablert. Norsk Helsenett SF skal ivareta behovet for et sikkert, effektivt og enhetlig kommunikasjonsnettverk mellom aktører i norsk helse- og omsorgssektor. Statsforetaket skal tilrettelegge tjenester og være en pådriver for elektronisk samhandling mellom offentlige og private aktører i helse- og sosialsektoren. Det vises til kap. 700, post 21 for nærmere omtale.

Harmonisering av den kommunale sosial- og helselovgivningen (Bernt-utvalget)

I St.meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen, legges det til grunn at de lovforslag som omtales i meldingen kan fremmes overfor Stortinget i 2010. Dette gjelder blant annet endringer i kommunehelsetjenesteloven som skal tydeliggjøre de nye kommunale oppgavene, vurdering av ny felles helse- og sosiallov for kommunene og lovgrunnlaget for den nye samarbeidsordningen mellom kommuner og helseforetak.

Satsinger

I alt foreslås det å styrke programkategori 10.60 med 125 mill. kroner. Styrkingen er fordelt på Omsorgsplan 2015 (34 mill. kroner, jf. kap. 761 og 769), Samhandlingsreformen (6 mill. kroner, jf. kap. 762) og Opptrappingsplanen for rusfeltet (85 mill. kroner, jf. kap. 763).

Kap. 760 Utredningsvirksomhet mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 70*	10 555	21 160	
70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	3 898	4 070	
	Sum kap. 760	14 453	25 230	

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er

- bevilgningen under kap. 760, post 21 flyttet til kap. 769, post 21
- bevilgningen under kap. 760, post 70 flyttet til kap. 769, post 70

Kap. 761 Omsorgstjeneste

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	95 006	147 744	140 872
60	Kompetansetiltak i kommunene, *kan overføres*	124 451	161 584	193 555
61	Vertskommuner	481 033	941 098	971 213
63	Tilskudd til rusmiddeltiltak, *kan overføres*	185 052	256 578	
66	Brukerstyrt personlig assistanse	77 454	79 767	82 320
67	Utviklingstiltak	19 864	35 738	36 882
70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., *kan overføres*	120 413	130 544	
71	Frivillig arbeid mv.	16 291	18 708	19 307
72	Landsbystiftelsen	59 517	61 636	63 608
73	Særlige omsorgsbehov	11 321	11 819	19 913
75	Kompetansetiltak	3 290	4 710	9 961
76	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	7 162	7 477	
77	Kompetansesentra mv.	89 017	92 914	
79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	11 692	12 206	12 597
	Sum kap. 761	1 301 563	1 962 523	1 550 228

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er
- 62,5 mill. kroner under kap 761, post 21 flyttet til kap. 763, post 21
- bevilgningen under kap. 761, post 63 flyttet til kap. 763, post 61
- bevilgningen under kap. 761 post 70 flyttet til kap. 763, post 71
- bevilgningen under kap. 761, post 77 flyttet til kap. 763, post 72
- bevilgningen under kap. 761, post 76 er flyttet til kap. 761, post 73
- 1 mill. kroner under kap. 761, post 75 flyttet til kap. 781, post 79

Innledning

Den overordnede målsettingen for dagens og framtidas omsorgstjenester er å bidra til at den enkelte kan fortsette å leve et trygt, meningsfullt og mest mulig selvstendig liv på tross av krevende livsutfordringer, sosiale og helsemessige problemer eller funksjonssvikt. Befolkningen skal få tilgang til et tilfredsstillende og mest mulig likeverdig tjenestetilbud med:
- God kvalitet og tilstrekkelig kapasitet.
- Høy kompetanse, god rekruttering og stabil bemanning.
- Helhetlige, koordinerte og sammenhengende tiltakskjeder.
- Høy grad av brukerinnflytelse og personlige valgmuligheter.

Dette innebærer at 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. Kommunene skal også i framtida ha ansvaret for utforming og utbygging av omsorgstjenestene på vegne av fellesskapet. Regjeringen vil derfor legge vekt på at kommunene i størst mulig grad skal uforme og bygge ut et omsorgstilbud i tråd med brukernes ønsker og lokale forhold og behov, i et tett samarbeid mellom offentlige tjenester, familie og lokalsamfunn.

I 2008 utgjorde omsorgstjenestene ut fra regnskapstallene en tredjedel av kommunenes virksomhet. Det ble utført 121 000 årsverk, og over 260 000 personer mottok hjemmetjenester, institusjonstilbud og andre omsorgstjenester. Handlingsplan for eldreomsorgen, reformen for mennesker med utviklingshemming, Opptrappingsplan for psykisk helse og Omsorgsplan 2015 har muliggjort en nødvendig utbygging og modernisering av de kommunale omsorgstjenestene, som nå dekker hele livsløpet og har et stort mangfold av boformer

og faglige tilnærminger. Det gjelder enten tjenestene gis i sykehjem, omsorgsboliger eller vanlige hjem.

Omsorgstjenestens brukere

I alt mottok i overkant av 260 000 personer pleie- og omsorgstjenester i 2008. Av disse fikk 16 pst. opphold i institusjon, 65 pst. hjemmesykepleie og praktisk bistand (hjemmehjelp, hjemmevaktmester etc), og 20 pst, eller vel 50 000 personer, andre tjenester (avlastning, omsorgslønn, støttekontakt mv.).

De siste 10 årene har tallet på institusjonsbeboere og hjemmetjenestemottakere hatt en vekst på om lag 18 pst. Veksten har vært størst i aldersgruppene under 67 år, som i 2008 utgjorde hele 35 pst. av tjenestemottakerne. Dette må sees i sammenheng med at kommunene har fått større ansvar for mennesker med utviklingshemming, rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, og den sterke tilveksten i brukergrupper med nedsatt funksjonsevne og langvarige somatiske lidelser, ofte av nevrologisk art.

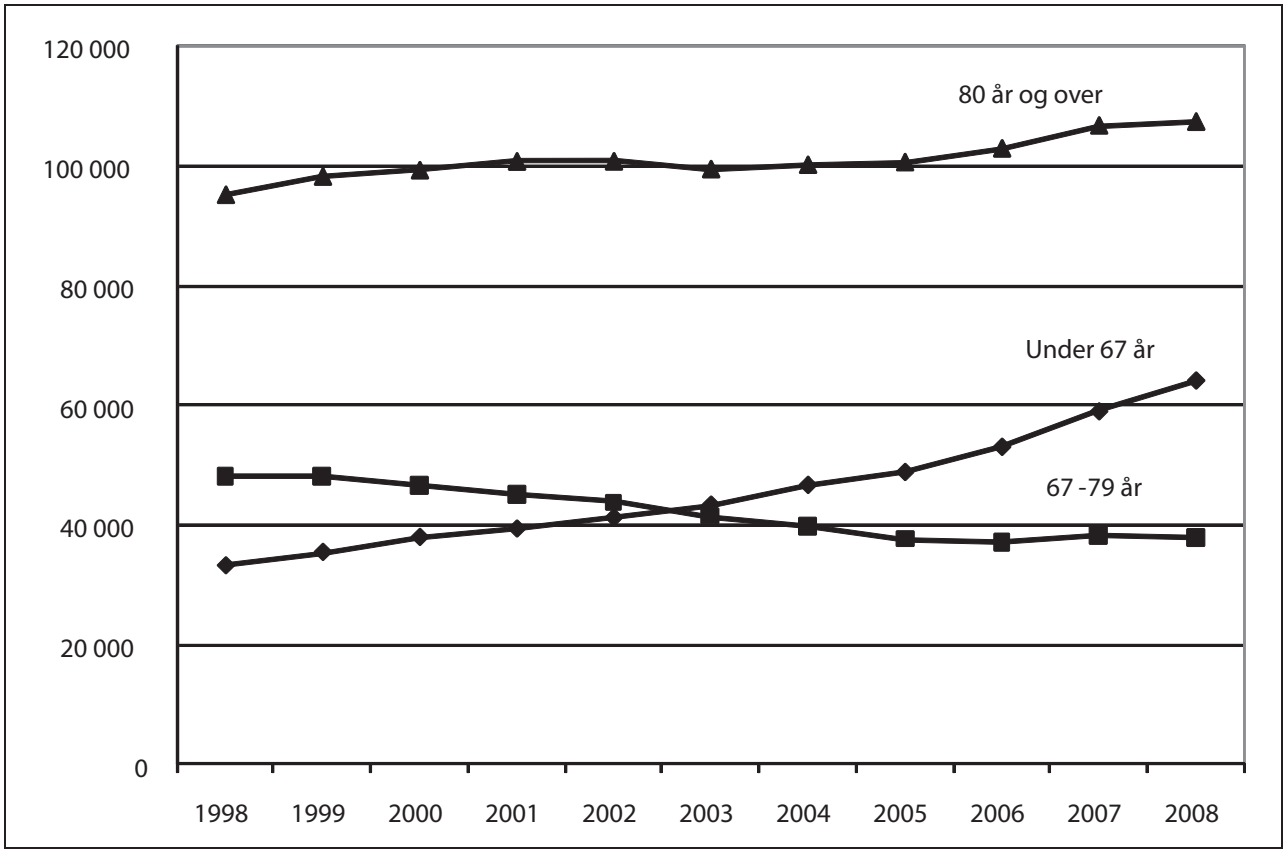
Tabell 5.14 Mottakere av pleie- og omsorgstjenester [1]. Alder og type tjeneste i pst. 2008 [2].

	Antall mottakere	I alt	Praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie	Andre tjenester til hjemmeboende [3]	Opphold i institusjon [4, 5]
I alt	260 604	100	65	20	16
0-17 år	14 990	100	10	83	8
18-49 år	44 285	100	77	21	2
50-66 år	31 660	100	79	16	5
67-79 år	45 355	100	68	16	15
80-89 år	91 163	100	64	15	21
90 år og eldre	33 149	100	54	10	36

1 Fra og med 2007 har Iplos-registeret tatt over som grunnlag for statistikk over mottakere av boligtilbud innenfor pleie- og omsorgstjenesten. Sammenliknet med tidligere år gir dette et brudd i tidsseriene. For å oppnå en sammenhengende tidsserie har Statistisk sentralbyrå, på oppdrag fra HOD, korrigert de nasjonale tallene tilbake til 1998 (SSB Notat 2009/48). Estimatene tar utgangspunkt i nye resultater basert på Iplos, og dette innebærer at tall over brukere av pleie og omsorgstjenestene avviker fra tallene i fjorårets budsjettdokument og fra offisiell statistikk. For kommuner med manglende eller ikke godkjent Iplos- innsending 2007 eller 2008 er Kostra-tall for 2006 brukt. Også årsverkstallene for 1999 og 2004 er estimert. For offisielle tall se SSBs pleie- og omsorgsstatistikk.
2 Tall for 2008 er foreløpige.
3 For eksempel støttekontakt, omsorgslønn, avlastning utenfor institusjon eller matombringning.
4 De fleste under 50 år har tidsbegrenset opphold, mens de fleste over 50 år har langtidsopphold.
5 Sykehjem og boform med heldøgns pleie og omsorg hjemlet etter kommunehelsetjenesteloven, og aldershjem, barneboliger og avlastningsboliger/-institusjoner hjemlet etter sosialtjenesteloven.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

I 2008 mottok 167 000 personer hjemmesykepleie og praktisk bistand. Også blant disse er det tjenestemottakere under 67 år som har hatt den sterkeste veksten de siste 10 år. Flere undersøkelser viser at personer med psykiske lidelser utgjør den største gruppen med om lag 40 pst. Mens det har vært en jevn vekst i tallet på hjemmetjenestemottakere over 80 år, har det vært en betydelig reduksjon i tallet på mottakere mellom 67-79 år fra midten av 90-tallet og frem til 2006. De siste to år ser vi derimot en svak økning også i denne gruppen. Dette må først og fremst ses i lys av endringer i alderssammensetningen i de eldste aldersgruppene.



Figur 5.3 Antall mottakere[1] av pleie- og omsorgstjenester etter alder 1998–2008 [2]

[1] Mottakere er beboere i institusjoner for heldøgns omsorg og pleie og mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand. Estimerte verdier 1998-2006, på grunnlag av Iplos-tall 2007 og 2008 (jf. fotnote til tabell 5.14).
[2] Tall for 2008 er foreløpige.
Kilde: Statistisk sentralbyrå

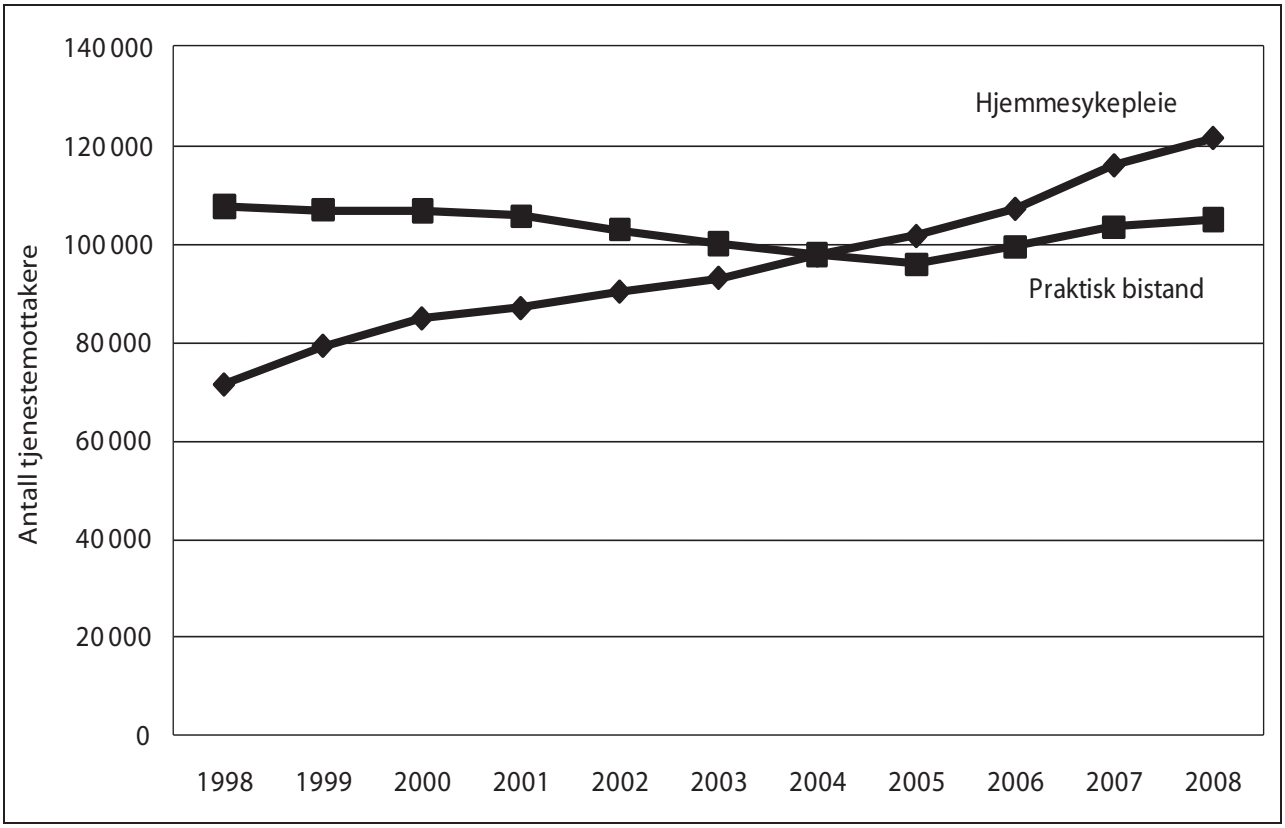
I 2008 var det i overkant av 42 000 beboere i omsorgstjenestens institusjoner. Størstedelen av beboere med langtidsopphold i institusjon er i aldersgruppen over 80 år, mens det er svært få tjenestemottakere under 67 år som bor i institusjon. Samtidig viser tallene at aldersgruppen 0-17 år benytter tilbud om korttidsopphold i institusjon. Her dreier det seg vanligvis om avlastningsopphold eller opphold i barnebolig.

Tabell 5.15 Mottakere av pleie- og omsorgstjenester[1] 1998-2008[2]

	1998	2000	2005	2006	2007	2008
Beboere i institusjoner for heldøgns omsorg og pleie[3]	40 137	41 143	40 538	40 705	42 293	42 129
Mottakere av hjemmesykepleie og praktisk bistand	136 562	142 750	146 675	152 563	161 817	167 442
Beboere i boliger til pleie- og omsorgsformål	40 534	45 303	45 212	46 580	49 288	51 462

[1] Estimerte verdier 1998-2006, på grunnlag av Iplos-tall 2007 og 2008 (jf. fotnote til tabell 5.14).
[2] Tall for 2008 er foreløpige.
[3] Sykehjem og boform med heldøgns pleie og omsorg hjemlet etter kommunehelsetjenesteloven, og aldershjem, barneboliger og avlastningsboliger/-institusjoner hjemlet etter sosialtjenesteloven.
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Generelt har antall beboere i institusjon vært forholdsvis stabilt, mens det har vært en økning i beboere i bolig til pleie og omsorgsformål fra vel 40 000 i 1998 til over 51 000 i 2008. Relativt sett er det beboere under 66 år som har hatt den sterkeste veksten. Det er også en økning for dem over 80 år, fra om lag 17 500 i 1998 til 24 000 i 2008. Dette gjenspeiler blant annet dreiningen fra aldershjem og sykehjem til omsorgsboliger med heldøgns tjenestetilbud.



Figur 5.4 Antallet mottakere av hjemmesykepleie eller praktisk bistand[1] 1998-2008[2]

[1] Estimerte verdier 1998-2006, på grunnlag av Iplos-tall 2007 og 2008 (jf. fotnote til tabell 5.14).
[2] Tall for 2008 er foreløpige.
Kilde: Statistisk sentralbyrå – grunnlag til tab. 4.2 i SSB Notat 2009/48

Ved utgangen av 2008 hadde 16 pst. av mottakerne av hjemmesykepleie eller praktisk bistand fått individuell plan. Også her er andelen størst blant de med størst bistandsbehov og lavest for de med minst behov for bistand.

Støttekontakt er et tilbud som oftest brukes overfor barn og unge. Nesten fire av ti mottakere under 18 år har støttekontakt. Også 25 pst. av mottakerne i aldersgruppen 18-49 år har støttekontakt, og nesten 20 pst. av mottakerne i alderen 60-66 år har dette tilbudet.

Bistandsbehov og tjenestetilbud

Tall fra Iplos viser at kommunene yter flest ressurser til de som trenger det mest. Beboere på langtidsopphold i institusjon har gjennomgående et mer omfattende bistandsbehov enn mottakere av hjemmetjenester. 90 pst. av institusjonsbeboerne (som bor på institusjon med heldøgns bemanning) har et moderat til omfattende bistandsbehov mot bare 40 pst. av mottakerne av hjemmetjenester. Av eldre over 80 år med omfattende bistandsbehov, bor de fleste i sykehjem.

Andelen som har omfattende bistandsbehov er større blant yngre brukere av hjemmetjenester enn blant eldre. Yngre tjenestemottakere med omfattende bistandsbehov får sitt tilbud fra hjemmetjenestene på nesten samme nivå som i sykehjem, målt i timetall. Brukere med omfattende bistandsbehov mottar i gjennomsnitt tolv ganger så mye hjemmesykepleie og praktisk bistand som tjenestemottakere med lite bistandsbehov. Imidlertid synes det som om de eldste mottar vesentlig mindre hjelp enn yngre tjenestemottakere. Dette kan henge sammen med at de fleste eldre med

omfattende bistandsbehov ofte bor på institusjon og at de som bor hjemme ofte bor sammen med andre og får hjelp fra pårørende. Nesten en tredel av alle hjemmetjenestemottakere er brukere under 67 år. Nye tall viser at to tredeler av ressursene i hjemmetjenestene brukes på denne brukergruppen. I denne sammenheng vises det også til toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester, som i 2009 utgjør om lag 4 mrd. kroner.

De store endringene i de kommunale omsorgstjenestene har de siste årene i stor grad skjedd i hjemmetjenestene. Mens årsverksinnsatsen fordelte seg med 2/3 på alders- og sykehjem og 1/3 på hjemmehjelp og hjemmesykepleietjenester for 20 år siden, går nå over halvparten av de om lag 120 000 årsverkene til hjemmetjenester og åpen omsorg og under halvparten til institusjonsdrift.

Foreløpige beregninger Helse- og omsorgsdepartementet har fått gjort (NIBR 2009), viser at mer enn 85 pst. av årsverksveksten i sektoren i perioden 2002-2007 har kommet i hjemmetjenestene. Det har samtidig vært en vekst i tallet på tjenestemottakere under 67 år. I tillegg til brukere med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, har veksten skjedd blant personer med langvarige og sammensatte somatiske lidelser, ofte av nevrologisk art (multippel sklerose, hjerneslag, trafikkulykker, cerebral parese, Parkinsons sykdom, epilepsi mv.).

Det er hjemmesykepleien som først og fremst er i vekst sammen med andre fagtilbud utført av helse- og sosialpersonell med høgskole- og universitetsutdanning, mens den tradisjonelle hjemmehjelpstjenesten stagnerer og reduseres.

Veksten i omsorgstilbudet til eldre over 67 år har bare kommet i form av en noe styrket bemanningsfaktor i sykehjemmene, og ikke i form av vekst i hjemmetjenestetilbudet. Noe av årsaken kan ligge i at de yngste eldre (67-80 år) er redusert i antall de siste 15 årene, og at funksjonsevnen blant yngre eldre er bedret med økende levealder.

Helse- og omsorgsdepartementet har satt i gang et arbeid med å få fram bedre tall og analyser av utviklingstrekkene i disse tjenestene de siste 20 år. På grunnlag av Iplos- tallene for 2008, som nylig ble publisert, vil Helsedirektoratet se nærmere på årsakene til disse variasjonene og andre relevante spørsmål som de nye dataene fra Iplos reiser. Dette vil også være et sentralt tema i de utredningsarbeider som departementet har satt i gang knyttet til hjemmetjenesten og dens nye brukere. Det er sentralt å påse at kommunene gir et forsvarlig tjenestetilbud til de som trenger det mest, og at tjenestetilbudet som gis er likeverdig og uavhengig av alder, slik lovverket forutsetter.

Gjennomgang av tilsynserfaringer sammenholdt med andre kunnskapskilder, viser at det også skjer svikt innenfor helse- og sosialtjenestene. Statens helsetilsyn oppgir at dette er noe som også rammer eldre med betydelige tjenestebehov, enten det dreier seg om hjemmebaserte tjenester eller tjenester gitt i institusjoner som sykehjem og sykehus. Utfordringene gjelder både tjenestenes innhold og omfang. Et gjennomgående trekk er at det skorter på individuelt tilrettelagte tjenester, enten det er botilbud tilpasset personer med demens, avlastningstiltak eller dekning av grunnleggende behov som ernæring, aktivitet mv. Det vises i denne sammenheng til omtale i høringsnotat om en ny verdighetsgaranti.

Et utviklingstrekk ved hjemmetjenestene det siste tiåret er den markante økning i antallet som får hjemmesykepleie, mens antallet som mottar praktisk bistand er noe redusert i samme periode. Tallene kan tyde på at kommunene har foretatt en bevisst prioritering av de mest hjelpetrengende brukerne, men at terskelen for å bli tjenestemottaker er blitt noe høyere. Dette kan innebære at omsorgstjenesten forsterker sin innsats på behandling og pleie på bekostning av tidlig intervensjon og forebygging, som har preget hjemmehjelpsordningene tidligere.

Befolkningsframskrivningene viser at tallet på eldre over 80 år vil flate ut de neste femten årene, for deretter å øke fram mot 2030. Tallet på eldre over 90 år vil imidlertid fortsette å øke de nærmeste årene, og stille krav til fortsatt utbygging av kapasitet og årsverksinnsats. Tallet på mottakere i aldersgruppen 67-79 år vil også ha en økning i årene som kommer og vil spesielt være en utfordring for hjemmetjenestetilbudet. På bakgrunn av denne utviklingen er det viktig å utnytte den demografisk sett relativt stabile perioden de neste 10-15 årene til en gradvis utbygging av tjenestetilbudet og forberede den raske veksten i antallet eldre over 80 år som forventes om 10-15 år.

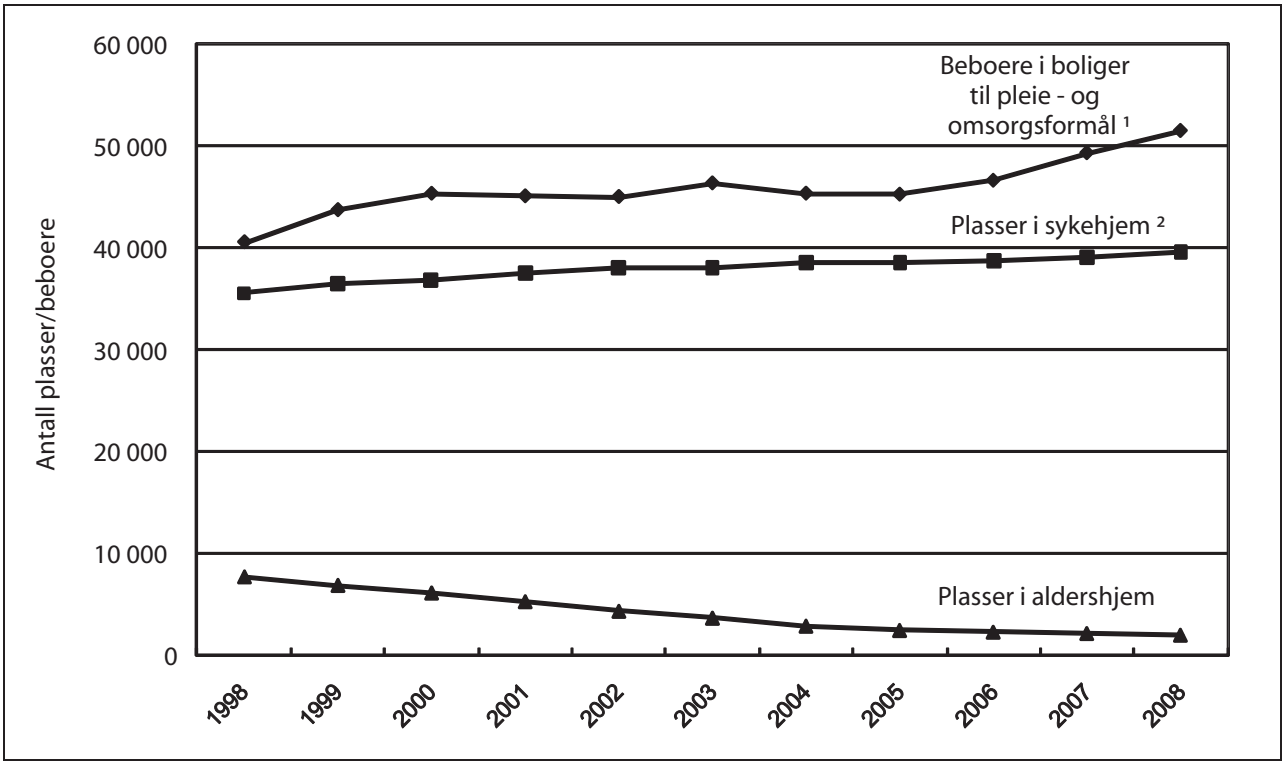
I forhold til framtidig planlegging av omsorgstjenestene er det også grunn til å peke på at sykdomsbildet er i endring, og at morgendagens eldre trolig vil ha andre ressurser å møte alderdommen med, i form av bedre helse, bedre økonomi, bedre boforhold og bedre utdanning enn tidligere generasjoner.

Utvikling av botilbud

Tallet på omsorgsboliger er økt med om lag 22 000 fra innledningen av Handlingsplan for eldreomsorgen og fram til 2008. Veksten de siste årene har flatet noe ut, som et resultat av at denne tilskuddsordningen er avsluttet.

Sett i forhold til veksten i tallet på eldre, har dekningsgraden for omsorgsboliger i denne perio-

den økt fra 3 til 12,5 per 100 innbyggere 80 år og over. En del av de nye omsorgsboligene har erstattet gammel boligmasse. Samlet sett har tallet på boliger til pleie- og omsorgsformål i kommunene vokst fra 40 000 til vel 51 000 de siste 10 år.



Figur 5.5 Botilbud i institusjon og boliger til pleie- og omsorgsformål 1998-2008 [3]

1 Estimerte verdier 1998-2006, på grunnlag av Iplos-tall 2007 og 2008 (jf. fotnote til tabell 5.14).
2 Plasser i institusjoner hjemlet etter kommunehelsetjenesteloven, det vil si sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie.
3 Tall for 2008 er foreløpige.
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Det har også vært en vekst med om lag 4 400 sykehjemsplasser i perioden 1997 til 2008, mens antall aldershjemsplasser er betydelig redusert. I og med at veksten i antall innbyggere over 80 år har vært sterkere enn veksten i antall sykehjemsplasser, er sykehjemsdekningen noe redusert i perioden 1997-2008. Utviklingen i omsorgstjenesten må imidlertid vurderes ut fra det samlede tilbudet i både sykehjem, omsorgsboliger og eget hjem. Mange kommuner yter heldøgns omsorgstjenester i boliger til pleie- og omsorgsformål, og det var i 2008 om lag 20 000 personer som mottok tjenester i boliger med heldøgns bemanning. Den samlede dekningen av heldøgns omsorgplasser for personer over 80 år er derfor i 2008 på 28 pst.

Personellutvikling

Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at kommunene økte årsverksinnsatsen i omsorgstjenesten med i overkant av 13 pst. fra 2005 til 2008. Tallene viser også at personelldekningen i forhold til antall eldre over 80 år økte med i overkant av 11 pst. i samme periode. Samtidig viser årsverkstallene for 2005 en svak nedgang. Det legemeldte sykefraværet har vært stabilt i perioden 2005-2008.

Tabell 5.16 Personellutviklingen i pleie- og omsorgssektoren 1999-2008

	1999	2004	2005	2006	2007	2008
Antall årsverk [1]	98 196	108 731	107 071	113 220	118 189	121 209
Årsverk av leger i institusjon	225	260	275	289	320	343
Årsverk av fysioterapeuter i institusjon	419	332	311	333	353	357
Årsverk per bruker [2]	-	0,53	0,57	0,58	0,58	0,58
Årsverk per 100 innbygger 80 år og eldre	51,7	51,0	49,6	51,9	54,1	55,2
Legemeldt sykefravær av årsverk totalt	-	-	9,0 %	9,1 %	9,1 %	9,0 %

1 Årsverk er summen av heltidsstillinger og deltidsstillinger omregnet til heltidsstillinger. Fravær og vikarer er ikke trukket fra. Statistisk sentralbyrå har estimert årsverkstallet for 1999 og 2004. Årsverkstallene for 2005, 2006 og 2007 er endret fra fjorårets budsjettdokument, ettersom leger og fysioterapeuter med et arbeidsforhold knyttet til aktivisering av eldre og funksjonshemmede ikke lenger er inkludert.

2 «Brukere» er summen av antall plasser i sykehjem og aldershjem, samt antall brukere av hjemmetjenester. Tallene for «årsverk per bruker» har brudd mellom 2006 og 2007 ettersom tallet på hjemmetjenestebrukere før 2007 er estimert og fra og med 2007 hentet fra Iplos. Tall for 2008 er foreløpige.

Kilde: Statistisk sentralbyrå: Arbeidsmarkedsstatistikk, pleie- og omsorgsstatistikk og kommunehelsestatistikk

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 123, 9. desember 2008

> «Stortinget ber Regjeringen i presentasjon av Kostra- tall og rapportering av antall ansatte i omsorgssektoren synliggjøre hvordan sykefraværet har utviklet seg parallelt.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2008-2009), jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2008-2009).

Helse- og omsorgsdepartementet viser til tabell 5.16 hvor det legemeldte sykefraværet fremkommer. I fremtidig rapportering på personellutvikling i pleie- og omsorgstjenesten vil denne formen bli benyttet. Departementet anser med dette at anmodningsvedtaket er oppfylt.

Finansiering av den kommunale omsorgstjenesten

Omsorgstjenestene i kommunene utgjorde i 2008 om lag 70 mrd. kroner, svarende til 28 pst. av samlede driftsutgifter i kommunen. Det vesentligste av kommunenes omsorgstjenester er finansiert gjennom kommunenes frie inntekter. For kommunene utgjorde brukerbetaling både for opphold i institusjon og for praktisk bistand til sammen i underkant av 5 mrd. kroner. Som en egen øremerket ordning er det etablert et investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger med en ramme på i alt 6 mrd. kroner over Kommunal og regionaldepartementets budsjett. I tillegg kommer bevilgninger til pleie- og omsorgsformål til blant annet vertskommuner for tidligere HVPU institusjoner (kap. 761, post 61) på nær 1 mrd. kroner, samt tilskudd til ressurskrevende tjenester over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett (om lag 4 mrd. kroner i 2009). I tillegg vil mottakere av omsorgstjenester også nytte fastlege- og fysioterapitilbudet som finnes i kommunen.

Egenandeler

Fribeløp og egenandeler med hjemmel i forskrift om vederlag for opphold i institusjon mv. ble i 2009 endret som en følge av økningen i det generelle prisnivået. For å sikre at fribeløpet før beregning av vederlag for opphold i institusjon fortsatt oppdateres i samsvar med den alminnelige prisstigningen, foreslår departementet at dette fastsettes til 6 400 kroner med virkning fra 1. januar 2010. Samtidig ønsker departementet å justere maksimal egenandel per måned for hjemmetjenester i husholdninger med inntekt under 2 G fra 155 kroner til 160 kroner. For henholdsvis korttidsopphold og dag- og nattopphold på institusjon endres egenandelen fra 121 kroner til 125 kroner per døgn, og fra 61 kroner til 66 kroner per dag/natt. Justeringene medfører ubetydelige økonomiske konsekvenser for kommunene.

Omsorgsplan 2015

Omsorgsplan 2015 skal sikre at samfunnet er rustet til å møte framtidens omsorgsutfordringer slik de er beskrevet i St.meld. nr. 25 (2005-2006), Mestring, muligheter og mening.

Gjennom avtalen som er inngått mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre er Omsorgsplan 2015 utvidet og konkretisert. Avtalen

viser at det er bred enighet om hovedlinjene i utviklingen av framtidas omsorgstjenester. Avtalen sikrer en langsiktig oppfølging av hovedmålene i Omsorgsplan 2015.

Omsorgsutfordringene berører mange samfunnssektorer og helse- og omsorgstjenestenes samspill med både spesialisthelsetjeneste og sivilsamfunn. Det er derfor av stor betydning at planleggingen på dette området er et sentralt tema i det lokale kommune- og økonomiplanarbeidet og ikke begrenses til sektorplaner for omsorgstjenestene.

Omsorgsplanen løfter fram fire hovedsaker
- 10 000 nye årsverk
- 12 000 nye omsorgsplasser
- Demensplan 2015
- Kompetanseløftet 2015

I tillegg rapporteres det på en rekke andre tiltak som hører under Omsorgsplanen og avtalen mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre.

Omsorgsplan 2015 skal bidra til å bedre kvaliteten, kompetansen og kapasiteten i omsorgstjenesten, styrke kunnskapsgrunnlaget, bedre det medisinske tilbudet til omsorgstjenestens brukere, styrke sosial og kulturell aktivitet i tjenestene og utvikle partnerskap med brukere, pårørende og lokalsamfunn.

Omsorgsplan 2015 dekker hele livsløpet og er en satsing for alle brukere av omsorgstjenesten, uavhengig av alder, diagnose eller funksjonshemming. Fortsatt er om lag 2/3 av omsorgstjenestens 260 000 brukere eldre over 67 år. Eldre er derfor en viktig målgruppe for tiltakene i Omsorgsplan 2015.

Omsorgsplan 2015 har bidratt til å sette framtidas omsorgsutfordringer på dagsorden i kommunene og kommunesektoren har prioritert å styrke kapasiteten, kompetansen og kvaliteten i omsorgstjenestene de siste årene. Ut fra Statistisk sentralbyrås statistikk vurderer departementet at målsettingen om 10 000 nye årsverk innen 2009 er realisert i 2008.

Samlet styrking i 2010 av Omsorgsplan 2015

Som oppfølgning av Omsorgsplan 2015 og avtalen som er inngått mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre foreslås en samlet styrking av Omsorgsplan 2015 på 320 mill. kroner fordelt på følgende formål:
Kompetanseløftet 2015 – 16 mill. kroner
Demensplan 2015 – 2 mill. kroner
Omsorgsforskning – 14 mill. kroner
Den kulturelle spaserstokken – 4 mill. kroner
Nevroplan – 10 mill. kroner
Tilsyn med tjenester til eldre – 4 mill. kroner
Tilsagn til 2 500 nye heldøgns omsorgsplasser – 270 mill. kroner over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett.

10 000 nye årsverk

Regjeringen har et mål om å øke bemanningen i de kommunale omsorgstjenestene med 10 000 nye årsverk innen utgangen av 2009. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser en betydelig årsverksvekst i årene 2006, 2007 og 2008 på til sammen om lag 14 100 nye årsverk. Fra 2004 til 2008 har personellinnsatsen økt med om lag 12 500 årsverk. I perioden 2005-2008 har om lag 80 pst. av årsverksveksten bestått av personell med helse- og sosialutdanning. Det legemeldte sykefraværet har vært stabilt i perioden. Av årsverksveksten er om lag 4 900 årsverk knyttet til økte stillingsbrøker. Den gjennomsnittlige stillingsandelen har i perioden 2005-2008 økt fra 68 pst. til 71,3 pst.

Et stort innslag av små stillinger, mange vikarer og timearbeidere i omsorgstjenesten gjør det krevende for Statistisk sentralbyrå å benytte registertall. Statistisk sentralbyrå har endret sitt produksjonsopplegg og vurderer at datakvaliteten er styrket. KS har, basert på sitt personalsystem (PAI), anslått at veksten i perioden 2004-2008 er om lag 10 700 årsverk. KS baserer sine oversikter på personalregistre som viser utført arbeid. SSB rapporterer på avtalte årsverk, som omfatter fødselspermisjoner og legemeldt sykefravær, mens overtid og ekstravakter ikke registreres. Denne definisjonen er den samme som brukes for andre deler av kommunal sektor. Departementet legger til grunn resultatene for personellutviklingen slik Statistisk sentralbyrå har rapportert. Samlet sett vurderer departementet at målet om 10 000 nye årsverk var realisert allerede ved utgangen av 2008. KS konkluderer også med at regjeringens mål om 10 000 nye årsverk nå er oppnådd.

Rapportering fra landets fylkesmenn til Helsedirektoratet viser at kommunene planlegger en vekst på om lag 1 100 nye årsverk i 2009.

Som en del av Omsorgsplan 2015 anslås det på usikkert grunnlag at det er behov for ytterligere 12 000 årsverk i sykehjem, aktivitetstilbud og hjemmetjenester frem til 2015.

12 000 nye omsorgsplasser

Investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger ble innført i 2008. Det er en målsetning å gi tilskudd til 12 000 omsorgsplasser i perioden 2008-2015. Tilskuddet skal stimulere kommunene til å fornye og øke til-

budet av plasser i sykehjem og omsorgsboliger for mennesker med behov for heldøgns helse- og sosialtjenester uavhengig av beboerens alder, diagnose eller funksjonshemming. Tilskuddet skal gi kommunene bedre forutsigbarhet og mulighet for langsiktig planlegging av investeringene i omsorgssektoren. For å sikre en god fordeling og kontroll av ressursene er de 12 000 enhetene fordelt med en ramme for hvert fylke, og de årlige tilsagnsrammene fordeles mellom Husbankens regioner.

Tall fra Husbanken viser at det ved utgangen av juni 2009 har kommet søknader fra 168 kommuner med til sammen om lag 5 700 enheter siden tilskuddets oppstart. Søknadene omfatter både nybygg, renovering/ ombygging og fellesareal knyttet til eksisterende omsorgsboliger, og søknadene kommer fra samtlige fylker. I 2008 ble det gitt tilsagn til 1 140 heldøgns omsorgsplasser. Av dette var 671 i sykehjem og 469 i omsorgsbolig. 3/4 av tilsagnene ble gitt til prosjekter beregnet for beboere over 67 år. I 2009 ble tilsagnsrammen økt fra 522 mill. kroner til 1,305 mrd. kroner, tilsvarende 2500 enheter, som et resultat av Regjeringens økonomiske tiltakspakke.

Første halvår i 2009 har Husbanken gitt tilsagn til i alt 304 heldøgns omsorgsplasser, hvorav 273 er i sykehjem og 31 i omsorgsboliger. Tilnærmet alle er prosjekter til eldre over 67 år med demens. Per 30. juni var det til behandling i Husbanken søknader på omtrent 3 800 heldøgns omsorgsplasser, når det er gjort fradrag for søknader som er trukket eller som har fått avslag. Husbanken legger til grunn at de resterende tilsagn for 2009 vil bli fordelt innen utgangen av året. Dette representerer om lag 2 200 enheter.

Ytterligere styrking 2010

For å møte behovet i kommunene foreslås det å gi tilsagn til ytterligere 2 500 enheter i 2010, med en tilsagnsramme på 1 347,5 mill. kroner i 2010. Tilskuddet bevilges over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett. Det vises til nærmere omtale under kap. 586, post 64 Investeringstilskudd.

Søknadsinngangen vil bli fulgt nøye og regjeringen vil løpende gjøre en vurdering av rammen som er gitt for ordningen og innfasingen av denne.

Demensplan 2015

Demensplan 2015 skal bidra til å styrke kvalitet, kompetanse og kapasitet i tjenestene til personer med demens og deres pårørende gjennom å bygge flere tilpassede botilbud, øke dagaktivitetstilbudet og sikre økt kunnskap og kompetanse.

I 2008 er det i gang over 100 modellkommuneprosjekter knyttet til etablering av pårørendeskoler, utredning og diagnostisering av demens og utvikling av dagtilbud. Det er etablert et treårig program for miljøbehandling innen demensomsorgen, der målet er å fremskaffe kunnskap om miljøbehandling og prøve ut og implementere modeller for miljøbehandling i praksis. For å få økt kunnskap om belastning hos barn og ektefeller til yngre personer som utvikler demens, er det etablert et treårig utviklingsprogram rettet mot yngre personer med demens. Demensforbundet i Nasjonalforeningen for Folkehelse har gjennom tildelte midler utvidet tilbudet om veiledningsmateriell og økt støtten til sine lokale foreninger.

Gjennom en styrking av Kompetanseløftet får kommunene tilskudd til videreutdanning innen geriatri og demens. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har utarbeidet opplæringstilbudet Demensomsorgens ABC, som er et selvstudium basert på ettårig internopplæring i kommunene. Over 5 000 ansatte har startet demensopplæring gjennom dette tilbudet. Økt forskningsinnsats på demens har bidratt til at Norges forskningsråd har innvilget midler til fem forskningsprosjekter om demens i 2008.

Ytterligere styrking i 2010

For å sikre økt fokus på kunnskaps- og kompetanseutvikling innen demensomsorgen foreslås det å styrke tilskuddet til Demensplan 2015 med 2 mill. kroner i 2010. Midlene skal benyttes til å sikre spredning av Demensomsorgens ABC.

Det foreslås en samlet bevilgning i 2010 på 25,5 mill. kroner til Demensplan 2015.

Kompetanseløftet 2015

Kompetanseløftet 2015 er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan for de kommunale omsorgstjenestene. Kompetanseløftet inneholder strategier og tiltak som skal bidra til å sikre tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning i omsorgstjenestene.

Kompetanseløftet har fem delmål:

10 000 nye årsverk med relevant fagutdanning

Det vises til tidligere omtale i kapittelinnledningen.

Heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene

Årsverksveksten de siste årene har i hovedsak bestått av personell med helse- og sosialfaglig utdanning. Andelen personell med helse- og sosialutdanning i de brukerrettede tjenestene er i dag om lag 72 pst. Ifølge Statistisk sentralbyrå har andelen personell med høgskoleutdanning i brukerrettede tjenester økt med om lag 2 prosentpoeng fra 2005 til 2008. Andelsveksten har vært særskilt høy blant personell med høgskoleutdanning i brukerrettede tjenester. Denne veksten har vært på om lag 2,7 prosentpoeng fra 2005-2008 (SSB).

Nærmere 5 800 personer har mottatt tilskudd til grunnutdanning eller etter- og videreutdanning de to første årene i planperioden. Om lag 270 personer fullførte desentralisert høgskoleutdanning i ulike helse- og sosialfag.

Sikre bruttotilgang på om lag 4 500 helsefagarbeidere per år

Tall fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell viser at det i 2008 ble gitt autorisasjon til om lag 5 600 hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at til sammen 4 748 personer tok vitnemål eller fagbrev som hjelpepleier, omsorgsarbeider og helsefagarbeider i løpet av 2008.

Skape større faglig bredde

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at årsverksveksten innenfor den kommunale omsorgstjenesten de siste årene har medført en økning særskilt blant ergoterapeuter, sosionomer, barnevernspedagoger, leger/legespesialister og vernepleiere. Antall fysioterapeuter i omsorgstjenesten viser på ny en vekst, etter nedgang i 2004 og 2005.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal på oppdrag fra Helsedirektoratet lage en kunnskapsoversikt over forskning som belyser effekten av bruk av personell med særskilt kompetanse i funksjonstrening og aktivisering for brukere av kommunale hjemmetjenester.

Styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning

Om lag 1 600 personer gjennomførte videre- og etterutdanninger på fagskole- eller høyskolenivå i 2008, blant annet i geriatri/eldreomsorg, kreftomsorg og lindrende pleie, psykisk helsearbeid, rehabilitering og rusarbeid. Opplæringspakkene Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC er i 2008 og 2009 blitt tatt i bruk av i overkant av 5 000 personer.

I regi av ledelses- og utviklingsprosjektet Flink med folk i første rekke er det i perioden 2007- 2009 inngått avtaler med 108 kommuner om gjennomføring av lokale prosjekter.

Det er etablert undervisningssykehjem i alle landets fylker i løpet av 2008. Tilsvarende er det i 2009 etablert undervisningshjemmetjenester i alle landets fylker. Det er lagt opp til et samarbeid med de regionale sentrene for omsorgsforskning for å utvikle den praksisnære forskningen og knytte sterkere bånd mellom undervisnings- og forskningsinstitusjoner og tjenestene.

Ytterligere styrking i 2010

a) Opplæringspakke innenfor ledelse

Kompetente ledere som kan drive komplekse organisasjoner med stadig større krav til tverrfaglig samarbeid og samspill mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene er avgjørende for å sikre kvalitativt gode tjenester. Gode ledere sikrer omsorgssektoren høy rekruttering, godt arbeidsmiljø og riktig ressursutnyttelse. Det foreslås å utvikle en praktisk lederopplæringspakke for de kommunale omsorgstjenestene Det foreslås å bevilge 5 mill. kroner i 2010 til dette formålet. I forslaget ligger finansiering og distribusjon av materiell til virksomheter, samt veiledning av kursledere. Virksomhetene skal selv finansiere kursene.

b) Styrke kompetansen innenfor aktiv omsorg
   - Økt kompetanse innenfor aktiv omsorg vil kunne bidra til å redusere unødvendige innleggelser i sykehus, øke brukernes egenomsorgsevne, redusere funksjonstap og øke den enkeltes mening og mestring i hverdagen. Det foreslås å styrke de ansattes kompetanse innenfor aktiv omsorg gjennom å:
     - Utvikle læremateriell i form av enkle verktøy, metoder og modeller for ansatte til bruk i det daglige arbeidet og tverrfaglig videreutdanningstilbud innen aktiv omsorg (5 mill. kroner)
     - Støtte til utviklingsprosjekter i regi av Livsglede for eldre (2 mill. kroner).

c) Styrket ernæringskompetanse

Det foreslås 4 mill. kroner til ulike kompetansehevende tiltak innenfor ernæring, og til å utarbeide en ny veileder for ernæringsarbeid i helseomsorgstjenesten, som skal erstatte eksisterende retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner. Satsingen skal følge opp en kartlegging av mat og måltider i sykehjem 2007/2008, som avdekket et behov for mer kompetanse om ernæ-

ring og bedre rutiner for kartlegging av ernæringsstatus. Satsingen skal finansiere en tilsvarende kartlegging av mat og måltider i de hjemmebaserte tjenester og dagaktivitetstilbud, og en brukerundersøkelse i denne sammenheng.

Det foreslås en samlet bevilgning i 2010 på 258,9 mill. kroner til Kompetanseløftet 2015.

Omsorgsforskning

Gjennom Omsorgsplan 2015 prioriteres forskning på omsorg og eldres helse og levekår, med spesiell vekt på demens. Det bevilges årlig 20 mill. kroner til omsorgsforskning. Av dette er 5 mill. kroner satt av til forskning på tjenester til mennesker med demens. Innenfor programmet er det 52 pågående prosjekt herav 22 nye i 2008, og det er 12 pågående prosjekt med forskning på de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

For å styrke praksisnær forskning og utvikling ble det i 2008 etablert fire nye regionale FoU-sentra knyttet til universitet og høgskole som utdanner helse- og sosialpersonell. Sentrene har blant annet fokus på forskning på eldre/geriatri og den kommunale omsorgstjenesten. Sentrene inngår i et nettverkssamarbeid som ledes og koordineres fra Senter for omsorgsforskning ved Høgskolen i Gjøvik. Satsingen på forskning skjer i samarbeid med Norsk Pensjonistforbund. Det vises til omtale av Program for helse- og omsorgstjenesteforskning i kap. 780, post 70.

Ytterligere styrking i 2010

For å bedre forutsetningene og kunnskapsgrunnlaget for lokal og nasjonal planlegging foreslås det å styrke omsorgsforskningen gjennom å øke midlene til Norges forskningsråds program Helse- og omsorgstjenesteforskning med 10 mill. kroner. Disse midlene skal spesielt gå til kommunerettede prosjekter i regi av de regionale sentrene for omsorgsforskning og samhandlingsforskning med utgangspunkt i kommunene. Det er blant annet behov for forskning på kommunenes planlegging for å møte framtidas omsorgsutfordringer.

For å evaluere Omsorgsplan 2015 og dens mål, resultater og innretning er det behov for en følgemed – evaluering av planen. Det foreslås bevilget 2 mill. kroner i fire år til ulike prosjekter som kan gi en resultatorientert evaluering på kommunenivå med vekt på Omsorgsplanens hovedprosjekter og fire hovedsaker. Midlene foreslås bevilget som et øremerket tilskudd i omsorgsforskningssatsingen under Norges forskningsråds program for helse- og omsorgsforskning.

For å møte framtidas omsorgs- og samhandlingsutfordringer foreslås det videre å bevilge 2 mill. kroner til kunnskapsoppsummeringer og utredninger. Dette vil bidra til økt kunnskap om oppgaver og virksomhetstyper, framtidige kompetansebehov og hensiktsmessig og effektiv organisering og finansiering av tjenestene.

Det foreslås en samlet bevilgning i 2010 på 34 mill. kroner til omsorgsforskning gjennom Omsorgsplan 2015.

Den kulturelle spaserstokken

Tilskuddet til Den kulturelle spaserstokken utgjorde i alt 15 mill. kroner i 2008, med henholdsvis 10 mill. kroner fra Kultur- og kirkedepartementet og 5 mill. kroner fra Helse- og omsorgsdepartementet. Alle landets kommuner ble invitert til å søke om midler fra Den kulturelle spaserstokken til gjennomføring av kulturtiltak for eldre. I alt 196 søknader ble mottatt fra kommuner over hele landet med en samlet søknadssum på vel 38 mill. kroner, og det ble gitt tilskudd til 178 kommuner fordelt på alle landets fylker. I 2009 ble det bevilget i alt 20 mill. kroner til Den kulturelle spaserstokken likt fordelt på de to departementenes budsjetter. 232 kommuner har søkt tilskudd i 2009, med en samlet søknadssum på 43 mill. kroner. 227 av disse kommunene har fått innvilget støtte. Samtlige søknader er vurdert av Kultur- og kirkedepartementet ut fra en helhetsvurdering, der det særlig er lagt vekt på kunstnerisk/kulturfaglig kvalitet og profesjonalitet i utøvelse og formidling. Det vises til bevilgning på kap. 769.

Ytterligere styrking i 2010

Undersøkelser viser at det er på det sosiale og kulturelle området de kommunale helse- og omsorgstjenestene kommer til kort. Søknadsinngangen til Den kulturelle spaserstokken viser at kommunene ønsker å bygge opp kulturtilbud også til brukerne av pleie- og omsorgstjenester. Det foreslås å styrke bevilgningen til Den kulturelle spaserstokken med 4 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. En tilsvarende styrking skjer over Kultur- og kirkedepartementets budsjett på kap. 314, post 76.

Det foreslås en samlet bevilgning i 2010 på 28 mill. kroner til Den kulturelle spaserstokken.

Nevroplan

Personer med multippel sklerose, cerebral parese, Parkinsons sykdom, hjerneslag, epilepsi og hjerneskader etter ulykker mv. har ofte behov for et langvarig og svært omfattende tjenestetilbud i et sam-

spill mellom den kommunale helse- og sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er nødvendig å synliggjøre og løfte fram denne brukergruppen, også som en del av oppfølgingen av samhandlingsreformen. Denne brukergruppen har hatt den sterkeste vekst i den kommunale omsorgstjenesten de siste årene, men har i motsetning til de andre større brukergruppene ikke vært fokusert og omfattet av handlingsplaner eller reformer.

Det foreslås derfor å bevilge til sammen 10 mill. kroner til utvikling av en Nevroplan i 2010. Midlene skal først og fremst benyttes til tiltak for økt kunnskap og kompetanse blant pårørende og fagfolk, samt informasjonsarbeid. Nevroplanen vil på samme måte som Regjeringens Demensplan 2015 bygge på de generelle økonomiske virkemidlene knyttet til kommuneøkonomi, fortsatt årsverksvekst i omsorgssektoren, Kompetanseløftet 2015 og Husbankens investeringstilskudd.

Tilsyn med tjenester til eldre

Statens helsetilsyn skal gjennomføre en fireårig satsing på tilsyn med helse- og sosialtjenester til eldre. Et tilsyn med en så omfattende brukergruppe vil stille store krav til både Helsetilsynet sentralt og fylkesmennene. Det foreslås bevilget 4 mill. kroner til tilsynsvirksomhet, som i hovedsak skal gå til styrking av tilsynsarbeidet Heletilsynet i fylkene med tjenestetilbudet til eldre. Se omtale på kap. 721, post 01.

Verdighetsgarantien

Som en oppfølging av avtalen mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre har departementet sendt på høring et forslag om endringer i kommunehelsetjenesteloven (khl) § 2-1 om rett til helsehjelp. Forslaget innebærer en presisering av begrepet nødvendig helsehjelp ved å fremheve verdighet som et grunnleggende element i helsetjenesten. Det er samtidig lagt frem forslag om en ny forskrift hjemlet i khl § 1-3 femte ledd og sosialtjenesteloven (sstjl.) § 4-6 om en verdig eldreomsorg. Med dette vil eldres rettstilstand styrkes og dermed medføre et forsterket tjenestetilbud til denne brukergruppen.

De økonomiske konsekvensene av forslaget for enkeltkommuner vil avhenge av hvordan dagens tjenestetilbud er utformet i den enkelte kommune. Kommunene vil gjennom de frie inntektene bli kompensert for merkostnader som følger av forslagene i lov og forskrift. Det legges til grunn at veksten i kommunenes frie inntekter muliggjør dette. I tillegg videreføres satsingen på tiltakene i Omsorgsplan 2015.

Etisk kompetanseheving

Prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving skal bidra til å styrke den etiske kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. 66 kommuner er i gang med å prøve ut ulike verktøy og metoder for systematisk etisk refleksjon. I alt 100 kommuner skal arbeide med etikk i løpet av 2009. Erfaringene viser at kommunene har etablert ulike møteplasser for systematisk etisk refleksjon, og forankret etikksatsningen i kommunens administrative ledelse. Det er utviklet metodebok og e-læringsverktøy i etisk refleksjonsarbeid.

Prosjektet videreføres i 2010-2015 slik at alle kommuner over tid skal få mulighet til å styrke den etiske kompetanse blant ansatte i tjenestene.

For å sikre en helhetlig koordinering og fagutvikling ble Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitet i Oslo i 2009 tildelt midler for å bidra i utviklingen av den etiske kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Midlene nyttes til veiledning og undervisning av kommuner som driver systematisk etikkarbeid, tilbud om kompetanseutvikling og bistand til pågående prosjekter. SME har utført en kartlegging av etiske problemstillinger i kommunehelsetjenesten, og en omfattende litteraturstudie av publisert materiale fra andre land vedrørende forekomst av etiske problemer og systematisk etikkarbeid i sykehjem og hjemmetjenester. SME har også bidratt med undervisning og veiledning overfor kommuner som er med i Prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving. Se også omtale på kap. 769.

Avtalen med KS om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Avtalen om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ble inngått i september 2006 og er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS. Se omtale av avtalen under kap. 769, post 21.

Kvalitetskommuneprogrammet

Kvalitetskommuneprogrammet er forankret i en avtale fra 2006 mellom staten, kommunesektoren og arbeidsgiverorganisasjonene om kvalitetsforbedring i kommunesektoren. Programmet retter seg primært mot pleie- og omsorgssektoren og oppvekstsektoren. Arbeidet konsentreres om to hovedområder – kvalitetsforberedende tiltak i møtet med innbyggeren og tiltak for reduksjon av sykefravær. 138 kommuner deltar i programmet. Deltakerkommunene settes sammen i nettverk og møtes regelmessig for veiledning, erfaringsutveksling og faglig

påfyll. Erfaringene fra programmet tyder på at kommuner som prioriterer sykefraværsarbeidet høyt, forankrer det i toppledelsen og setter av ressurser til arbeidet som hovedregel oppnår gode resultater. Tydelige rutiner for oppfølging av sykemeldte, samhandling med NAV og lege, samt god tilrettelegging på arbeidsplassen er av betydning.

Nettbasert erfaringsbank- Omsorgsportalen

For å sikre brukernes rettsikkerhet og et rettferdig og likeverdig tjenestetilbud er det sentralt å styrke forvaltningskompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det ble derfor i 2008 etablert en nettbasert erfaringsbank – Omsorgsportalen – på Helsedirektoratets nettsider. Omsorgsportalen formidler forskning og utviklingstiltak, synliggjør gode eksempler og gir bedre muligheter for å utveksle kommunale erfaringer og styrke forvaltningskompetansen i omsorgstjenesten. Målgruppen er den lokale helse- og sosialforvaltningen, personell, og brukere og pårørende i helse- og omsorgstjenesten.

Legetjenester i sykehjem

Kommunene fastsatte i 2007 lokale normer for legedekningen i sykehjem. Oppsummeringen av kommunenes lokale normeringsprosess viser at det planlegges en vekst i legeårsverk på om lag 40 pst., fra og med 2006. Ifølge Statistisk sentralbyrå har antallet legeårsverk i sykehjem økt med til sammen 18,7 pst. fra 2006 til og med 2008. Til sammen er veksten i legeårsverk og kommunenes behovsanslag i tråd med det foreløpige behovsanslaget fra regjeringen om å øke innsatsen av legeårsverk i sykehjem med 50 pst. fra 2005-2010.

Noklus i sykehjem

Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (Noklus) arbeider for å bedre kvaliteten på laboratoriearbeid utenfor sykehus. Det er en målsetting at Noklus blir innført i alle fylker i landet i løpet av 2009. Fra pulje 1, som omfatter 8 fylker, har over 300 sykehjem deltatt i ordningen og om lag 3 000 sykehjemsansatte har deltatt på introduksjonskurs siden 2007. Fra og med høsten 2009 vil sykehjemmene i de resterende 11 fylkene få tilsvarende tilbud.

Mat og måltider

Høgskolen i Østfold har i 2007/2008 gjennomført en kartlegging av mat og måltider i sykehjem. Kartleggingen avdekket blant annet et ønske fra personellet om mer kompetanse om ernæring, og bedre rutiner for kartlegging av ernæringsstatus. Kartleggingen vil bli fulgt opp med en undersøkelse blant beboere i sykehjem, og en ny veileder for ernæringsarbeid som erstatter eksisterende retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner. Det vises for øvrig til styrkingen av Kompetanseløftet 2015 for å bedre ernæringskompetansen i omsorgstjenestene.

Helsedirektoratet ga i 2009 nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580). Formålet med retningslinjene er å bidra til at underernærte og personer i ernæringsmessig risiko i sykehus, sykehjem og i hjemmesykepleien følges opp på en bedre måte enn i dag, og skal være til hjelp for de ulike institusjonene og tjenestene i å utforme lokalt tilpassede verktøy.

Frivillighet

Arbeids- og inkluderingsdepartementet vil legge fram en lovproposisjon med forslag til tiltak for å bedre yrkesaktives muligheter til å kombinere arbeid med pleie- og omsorgsoppgaver. St.meld. nr. 25 (2005-2006), Mestring, muligheter og mening, beskriver en utvikling med økende etterspørsel etter omsorgstjenester og knapphet både på arbeidskraft og frivillige omsorgsytere som noen av framtidas store omsorgsutfordringer. Morgendagens samfunn vil derfor kreve at det blir enklere å kombinere yrkesaktivitet med frivillig omsorgsinnsats. Departementet sendte på den bakgrunn i desember 2008 på høring utkast til lovendringer. Høringsnotatet må også ses på bakgrunn av at et flertall i Helse- og omsorgskomiteen bestående av Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre i Innst. S. nr. 150 (2006-2007) uttalte at det er nødvendig å se på permisjonsbestemmelsene med sikte på å gjøre det lettere for pårørende som er yrkesaktive, og at komiteen forutsatte at regjeringen vil komme tilbake til bedre permisjonsregler i arbeidslivet.

For å styrke deltakelse og tilhørighet i nærmiljøet er det opprettet 26 nye frivilligsentraler i 2009, og det er nå totalt 340 frivilligsentraler på landsbasis. Formålet med bevilgningen til frivilligsentralene, som ligger under Kirke- og kulturdepartementets budsjett, er å legge til rette for lokalt engasjement og å skape gode vilkår for frivillig innsats lokalt. Sentralene mobiliserer, formidler og samordner den lokale frivilligheten. Frivilligsentralene er først og fremst en møteplass for mennesker som ønsker å gjøre en frivillig innsats, og er ikke tilbydere av faste tjenester slik det offentlige kan være.

Sentralenes aktiviteter bygger på de frivilliges interesser og engasjement.

Eldresenter og seniorsenter er også slike viktige møteplasser i mange kommuner, som organiserer og stimulerer til omfattende frivillig innsats og fungerer forebyggende.

Helsedirektoratet har under utarbeiding et informasjonshefte til bruk for alle som ønsker å delta i frivillig arbeid for eldre generelt og personer med demens spesielt. Heftet sendes ut høsten 2009 og våren 2010 til relevante organisasjoner.

Landsdekkende kontakttelefon for eldre utsatt for vold

Det vises til omtale under kap. 769 Utredingsvirksomhet.

Håndbok til brukere og pårørende

For å sikre kunnskap og informasjon om de viktigste tjenestetilbudene og rettigheter og plikter etter helse og sosiallovgivningen, har Helsedirektoratet utarbeidet en håndbok om de kommunale helse- og sosialtjenestene. Håndboken fungerer som oppslagsverk både for tjenestemottakere og familie/pårørende. Boken gir også praktiske anvisninger på hvordan brukere og pårørende kan forholde seg til kommunens forvaltning, for eksempel i forhold til søknader, vedtak og klagebehandling.

En nettbasert utgave av håndboken er tilgjengelig og holdes jevnlig oppdatert under Omsorgsportalen. En brosjyre om håndboken vil i 2009 bli utgitt på nynorsk og samisk, samt engelsk, urdu og arabisk, og vil bli oversatt til de samme språkene i internettversjonen.

Harmonisering av den kommunale sosial- og helselovgivningen (Bernt-utvalget)

Det vises til kategoriomtale under 10.60.

Pasient- og brukerombud

Stortinget har vedtatt at pasientombudenes virkeområde utvides til å gjelde kommunale helse- og sosialtjenester, med unntak av miljørettet helsevern i kommunehelsetjenesteloven og økonomiske ytelser etter sosialtjenesteloven. Utvidelsen trådte i kraft 1. september 2009, og dagens navn er erstattet med Pasient- og brukerombud.

Det vises til omtalen under kap. 729, post 01.

Kvalitetsforskriften

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 189, 3. desember 2007

> «Stortinget ber Regjeringen endre kvalitetsforskriften slik at lokalpolitisk behandling av kvalitetskravene til omsorgstjenesten sikres.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2007-2008), jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007-2008).

Kvalitetsforskriften er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. I St. meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen, legges det til grunn at de lovforslag som omtales i meldingen kan fremmes overfor Stortinget i 2010. Dette gjelder blant annet endringer i kommunehelsetjenesteloven som skal tydeliggjøre de nye kommunale oppgavene, vurdering av ny felles helse- og sosiallov for kommunene, lovgrunnlaget for den nye samarbeidsordningen mellom kommuner og helseforetak. Endring av kvalitetsforskriften vil bli fulgt opp i denne sammenheng.

Rettssikkerhet for personer med psykisk utviklingshemming

Sosialtjenesteloven inneholder regler om rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming (kapittel 4A). Formålet med reglene er å hindre at personer med psykisk utviklingshemming utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og å forebygge og begrense bruk av tvang og makt i forholdet mellom kommunale tjenesteytere og bruker. Tvang og makt kan bare brukes når det er faglig og etisk forsvarlig, og er nødvendig for å hindre eller begrense vesentlig skade. Loven har strenge saksbehandlingsregler og konkrete kompetansekrav knyttet til gjennomføring av vedtak.

Stortinget har bedt om at regelverket skal evalueres. Helsedirektoratet har fått gjennomført en evaluering som viser at bruken av tvang og makt har gått betydelig ned de siste årene. Samtidig er det fortsatt vesentlige utfordringer knyttet til blant annet omfanget av dispensasjoner fra kompetansekravene i loven, samt svak internkontroll og ledelsesforankring

Området følges nøye av Statens helsetilsyn gjennom årlige registreringer fra Fylkesmennene. Statens helsetilsyn har analysert utviklingen fra 2000 til 2007. Gjennomgangen viser blant annet at det har vært en vekst i antall beslutninger og vedtak om bruk av tvang og makt og at søknader om dispensasjon fra kompetansekrav også har økt i perioden. Statens helsetilsyn framhever at rapporteringsmaterialet har så store svakheter at det er vanskelig å trekke entydige konklusjoner. Statens helsetilsyn vil derfor, i samarbeid med fylkesmennene og andre, arbeide for å utvikle et kvalitativt

bedre registrerings- og rapporteringssystem for data om bruk av tvang og makt.

Statens helsetilsyn arbeider også med å utarbeide retningslinjer for fylkesmennenes saksbehandling av beslutninger, vedtak og klager etter sosialtjenesteloven kapittel 4A, og prosedyre for gjennomføring av stedlig tilsyn (sosialtjenesteloven § 2-6).

Helsedirektoratet har både i 2008 og 2009 bedt fylkesmennene veilede kommunene og tilby kurs i forhold til sosialtjenesteloven kapittel 4A. Alle kommuner har fått slikt tilbud. Videre ønsker Helsedirektoratet å følge med slik at kompetansehevende tiltak og andre kvalitetsutviklingstiltak blant annet innenfor Omsorgsplan 2015 får effekt også for kommunenes oppfølging av sosialtjenesteloven kapittel 4A. Direktoratet peker også på arbeidet med nye nasjonale veiledere for habilitering samt videreutvikling av Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (NAKU).

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformens hovedstrategi omfatter både utbygging av det eksisterende kommunale tjenestetilbudet og utvikling og oppbygging av nye oppgaver og virksomhetstyper som forankres i kommunene. Innsatsen må settes inn på en slik måte at de eksisterende og grunnleggende helse- og omsorgsoppgavene ikke fortrenges eller blir nedprioritert av nye oppgaver. Styrking av de kommunale helse- og omsorgstjenestene bygger derfor videre på vedtatt politikk og langsiktig planarbeid på området. Arbeidet med samhandlingsreformen må blant annet ses som en videreføring av St.meld. nr. 25 (2006-2007), Mestring, muligheter og mening, og bygge videre på innholdet i Opptrappingsplan for psykisk helse.

Implementeringen av reformens strategier og tiltak må bygge på et helhetlig planarbeid som inneholder langsiktige strategier og konkrete handlingsplaner for å møte dagens og framtidas utfordringer. Planarbeidet må foregå både på kommunalt og statlig nivå og forutsetter et tett samarbeid mellom statlige fagmyndigheter, kommunesektoren og berørte bruker- og fagorganisasjoner. Utformingen av en ny kommunerolle må ses i sammenheng med de utfordringer og langsiktige planverk som foreligger innenfor de ulike kommunale tjenesteområdene.

Det er behov for å utvikle strukturer og tiltak for gode og kostnadseffektive oppgaveløsninger. Det foreslås på denne bakgrunn å iverksette et arbeid med å utvikle lokalmedisinske sentra og kommunesamarbeid i 2010. Det vises til kap. 761, post 21 for nærmere omtale.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Drift og informasjonsmidler til fylkesmennene

Det ytes midler til dekning av utgifter til fylkesmennenes arbeid med kapittel 4A i sosialtjenesteloven, Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming.

Bevilgningen går også til fylkesmennenes videre oppfølging av Kompetanseløftet 2015, investeringstilskuddet til sykehjem og omsorgsboliger og tiltak for bedre kvalitet og ordninger i pleie- og omsorgstjenestene. Fylkesmannen skal ha løpende oversikt over, og følge den videre gjennomføringen av utbyggingen av sykehjem og omsorgsboliger og styrking av driftsnivået i pleie- og omsorgstjenesten. De skal følge opp kommunene med rådgivning og veiledning med fokus på eldreomsorg og utvikling av pleie- og omsorgstjenestene. De må også være forberedt på betydelige utviklingsoppgaver i forhold til langsiktig planlegging og investeringer både i bygningsmasse, teknologi og personell med fokus på ledelse og kompetanseutvikling. Fylkesmannen skal følge opp arbeidet med kvalitetsutviklingen i pleie- og omsorgstjenesten i tråd med avtalen om kvalitetsutvikling som er inngått mellom staten og KS.

Utgifter til kurs og konferanser om faglige spørsmål som fylkesmennene holder på regionalt nivå innen pleie- og omsorgssektoren dekkes også over bevilgningen.

For midler til fylkesmennenes rusrådgivere, se omtale under kap. 763.

FoU-prosjekter og informasjonsvirksomhet mv.

Midler over denne bevilgningen nyttes til utvikling av pleie- og omsorgstjenestene til syke, eldre, tjenestetilbudet til mennesker i livets sluttfase, personer med nedsatt funksjonsevne, herunder barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier og til utvikling av sosiale tjenester til personer med rusmiddelproblemer og andre vanskeligstilte grupper. I tiden framover vil oppfølgingen av Omsorgsplan 2015 bli prioritert.

Viktige områder er kvalitet i tjenestetilbudet, ledelse og organisering, saksbehandling, rekruttering og kvalifisering av personell, bedre system for dokumentasjon, statistikk og rapportering. Viktige virkemidler er utredninger, planlegging, sammenstilling og initiativ til relevant forskning, forsøk, utviklingsprosjekter, informasjon og opplæring.

Arbeidet med informasjon om rettigheter til brukere av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal videreføres og styrkes.

Tilskudd til konkrete tiltak som oppfølging av Omsorgsplan 2015

Demensplan 2015

Helsedirektoratet har en sentral rolle i gjennomføring, monitorering og evaluering av planen. Tiltakene skal sees i sammenheng med eksisterende tiltak i Helsedirektoratet.

Tilskudd til Demensplan 2015 gis i 2010 over kap. 761, post 21 Spesielle driftsutgifter, kap. 761, post 60 Omsorgstjenester, og kap. 780, post 50 Norges forskningsråd mv. Bevilgningen nyttes til følgende formål:

- Styrking av Demensforbundet i Nasjonalforeningen for Folkehelsen sitt lokale arbeid og veiledning til pårørende.
- Informasjons- og opplysningskampanje.
- Utvikling og implementering av opplæringspakke om demens for personell uten fagutdanning og frivillige og pårørende.
- Etablering av nettbasert erfaringsbank og emnebibliotek om demens.
- Utvikling av gode samhandlingsmodeller for utredning og diagnostikk av demens.
- Spredning av tilbudet om pårørendeskoler og samtalegrupper til alle landets kommuner.
- Utvikling av gode modeller for dagtilbud til personer med demens.
- Utvikling av gode modeller for miljøbehandling og miljøterapi.
- Nordisk utviklingsprogram om yngre personer med demens.
- Nordisk utviklingsprogram om minoritetsspråklige med demens.
- Videreutdanningstilbud innen geriatri og demens.

Det vises i tillegg til omtale av styrking på 2 mill. kroner til Demensplan 2015 i kapittelinnledningen. Samlet foreslås det bevilget 25,5 mill. kroner i 2010 til Demensplan 2015.

Nevroplan

Som en del av Omsorgsplan 2015 vil Regjeringen legge fram en egen plan for mennesker med nevrologiske lidelser. Det foreslås å bevilge 8 mill. kroner til en Nevroplan i 2010 over kap. 761, post 21. Midlene skal først og fremst benyttes til informasjonsarbeid, tiltak for økt kunnskap og kompetanse blant pårørende og fagfolk og utvikling av modeller for faglig oppfølging av denne brukergruppen. Det foreslås i tillegg å bevilge 2 mill. kroner over kap. 769, post 21 til kunnskapsoppsummeringer og utredninger for å få økt kunnskap om denne brukergruppen og kunne planlegge et framtidig tjenestetilbud som er tilpasset brukernes behov.

Kompetansetiltak innenfor ledelse

For å sikre kvalitativt gode tjenester er det viktig med kompetente ledere som kan drive komplekse organisasjoner med stadig større krav til tverrfaglig samarbeid og samspill mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene. Det foreslås å utvikle en praktisk lederopplæringspakke for de kommunale omsorgstjenestene. Tiltaket inngår som en del av Kompetanseløftet 2015. Det foreslås å bevilge 5 mill. kroner i 2010 til dette formålet over kap. 761, post 21. I forslaget ligger finansiering og distribusjon av materiell til virksomheter, samt veiledning av kursledere. Virksomhetene skal selv finansiere kursene.

Kompetansetiltak innenfor aktiv omsorg

Undersøkelser viser at det er på det sosiale og kulturelle området omsorgstjenesten kommer til kort. For å bidra til at brukere opplever god livskvalitet og egenmestring, foreslås det derfor å styrke de ansattes kompetanse innenfor aktiv omsorg som del av Kompetanseløftet 2015. Det foreslås å bevilge 5 mill. kroner til å utvikle læremateriell og etablere tverrfaglig videreutdanningstilbud innen aktiv omsorg, og 2 mill. kroner til støtte til utviklingsprosjekter i regi av Livsglede for eldre over kap. 761, post 21.

Noklus

For å bedre kvaliteten og sikkerheten på laboratorietjenestene i sykehjem, ble det i 2007, 2008 og 2009 bevilget et øremerket tilskudd til spredning av Noklus (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus) til landets kommuner. Det foreslås bevilget 4 mill. kroner til formålet i 2010.

Nettbasert erfaringsbank – Omsorgsportal

Helsedirektoratet skal i 2010 drifte og oppdatere den nettbaserte erfaringsbanken for den lokale helse- og sosialforvaltningen, personell, brukere og pårørende i helse- og omsorgstjenesten.

Tilskudd til oppfølging av avtalen mellom regjeringen og KS

Tiltakene i avtalen knytter seg til utvikling av tjenestene, personell, kompetanse, arbeidsmiljø og ledelse, samt styring, planlegging og kvalitetssik-

ring. Kommunenes arbeid med rus og psykisk helse inngår også i avtalen. Helsedirektoratet har en sentral rolle i utvikling og oppfølging av tiltak i avtalen. Det vises for øvrig til omtale i kapittelinnledningen og kap. 769.

Rekrutteringskampanje

Helsedirektoratet har i 2009 iverksatt en nasjonal kampanje for å øke rekrutteringen av ungdom til helsearbeiderfaget. Kampanjen vil gå over minst to år og ses i sammenheng med arbeidet i Aksjon helsefagarbeider. Foreløpige tall fra Utdanningsdirektoratet viser en økning både til VG1 helse- og sosialfag og VG2 helsearbeiderfaget. Tiltaket inngår i Kompetanseløftet 2015. Departementet foreslår å videreføre inntil 6 mill. kroner til rekrutteringskampanje, utvikling av fagstruktur og arbeidsmiljø under Kompetanseløftet 2015 i 2010. I tillegg foreslår departementet å avsette inntil 3,5 mill. kroner til kompetanseutviklingstiltak under Demensplan 2015 i 2010.

Barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier

TaKT–satsingen – tilrettelegging av det kommunale tjenestetilbudet til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier startet i 2005 og har vært knyttet til det kommunale tjenestetilbudet til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier. TaKT har hatt fokus på det som fungerer i tjenesteapparatet og som oppleves som godt for familiene. TaKT ble avsluttet i 2008, men i 2009 har det vært holdt kurs og det er utgitt og revidert hefter.

Prosjekt Familieveiviser vil bygge videre på arbeidet som er gjort i TaKT.

Pilotprosjekt Familieveiviser

Seks pst. av mottakerne av pleie- og omsorgstjenester i 2008 var under 18 år. Prosjektet Familieveiviser skal utvikle modeller for mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier.

Prosjektet ble etablert i perioden desember 2007 til april 2008 og ledes av Helsedirektoratet. Åtte delprosjekt er etablert; ved to helseforetak, i fire kommuner og to bydeler. Ett av delprosjektene vil ha særlig fokus på minoritetsspråklige. Alle delprosjektene har valgt en systemtilnærming i sin modellutvikling. Prosjektet har nettstedet http://www.helsedirektoratet.no/habilitering_rehabilitering/familieveiviser/, hvor informasjon og gode løsninger publiseres. Prosjektet er et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet med en samlet budsjettramme på 7,5 mill. kroner per år.

Støttekontakt, kultur og avlastning

Støttekontakt, kultur og fritidsdeltagelse er et utviklingsprosjekt i perioden 2007-2010. Prosjektet er et samarbeid mellom Kristiansand kommune og Helsedirektoratet.

Det er etablert et nasjonalt nettsted www.fritidforalle.no og utarbeidet en brosjyre, Sammen med andre – Nye veier for støttekontakttjenesten.

Det er etablert nettverk med kommuner som ønsker å utvikle feltet støttekontakt, kultur og fritidsdeltagelse. Nettverket har samlinger to ganger i året. Det er stor interesse for disse tiltakene.

Bevilgningen til videreutdanningstilbudet ved Høgskolen i Bergen foreslås videreført i 2010.

Helsehjelp uten samtykke

Kapittel 4 A i pasientrettighetsloven trådte i kraft 1. januar 2009. Reglene gir etter strenge vilkår helsepersonell adgang til å yte somatisk helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Reglene skal sikre nødvendig helsehjelp til denne gruppen og forebygge tvang. Reglene gjelder i hele helsetjenesten.

Helsedirektoratet har utviklet en omfattende opplærings- og veiledningspakke for helsepersonell. Materiellet anvendes av fylkesmennene og helsetjenesten til opplæring av helsepersonell.

2009 var en innkjøringsfase for regelverket, og det må antas at behov for opplæring og veiledning vil være til stede også i kommende år. Midlene til opplæring i regi av fylkesmennene foreslås derfor videreført. I forarbeidene til loven er det varslet at regelverket skal evalueres med henblikk på måloppnåelse og praktisering. Det foreslås at Helsedirektoratet forbereder en slik evaluering i løpet av 2010.

Unge personer med nedsatt funksjonsevne i alders- og sykehjem

Unge personer med nedsatt funksjonsevne bør ikke bo i institusjoner beregnet på eldre. Fylkesmennene har i 2009, som tidligere år, fulgt opp kommuner som har unge personer under 50 år bosatt i alders- eller sykehjem. Registreringen av personer under 50 år med nedsatt funksjonsevne som bor på alders- eller sykehjem er fra og med 2007 basert på tall fra Iplos-registeret. Helsedirektoratet rapporterer at fylkesmennene med bakgrunn i foreløpige tall for 2008, har fulgt opp 134 personer under 50 år som bor på alders- eller syke-

hjem. Fylkesmennenes gjennomgang viser at det er 7 personer som ønsker et annet botilbud, og hvor det ikke foreligger konkrete planer om utflytting. En kontaktgruppe med representanter fra Norges Handikapforbud, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, KS, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet følger utviklingen på området. Helse- og omsorgsdepartementet viser for øvrig til finansieringsordningen for ressurskrevende tjenester på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett.

Kompetanse i tjenestetilbudet til personer med utviklingshemming

St.meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen, legger vekt på pasient- og brukerrollen. Det er et mål å utvikle tiltak for en klarere pasient- og brukerrolle. I arbeidet med stortingsmeldingen ble det etablert bruker- og faggrupper som gjennomførte forløpstudier for pasient- og brukergrupper. Forløpstudiet om personer med utviklingshemming bekreftet at det er stort behov for mer helhet i tjeneste- og tiltakstilbudet. Det ser også ut til at tjenestene i betydelig omfang ytes av personell uten tilstrekkelig kompetanse. Gjennom Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (NAKU) vil det bli tilbudt et nytt nettbasert opplæringstilbud til personell som yter tjenester til målgruppen. Personellet som yter tjenester til personer med utviklingshemming omfattes samtidig av de øvrige tiltakene i Kompetanseløftet 2015.

Elektronisk samhandling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Det er et mål at flere kommuner tar i bruk elektroniske samhandlingsløsninger og kobler seg til Norsk Helsenett.

I Nasjonal strategi for elektronisk samhandling 2008-2013 S@mspill 2.0, omtalt under kap. 720, post 21, inngår en satsing på elektronisk samhandling i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Kommuneprogrammet har til hensikt å bidra til økt og bedret samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og deres samhandlingsparter i helsevesenet, særlig spesialisthelsetjenestene og allmennlegene. I løpet av strategiperioden 2008-2013 skal alle kommuner ha kommet i gang med elektronisk samhandling internt, med fastlegene, med spesialisthelsetjenesten og med offentlige etater.

I den forrige IT-strategien hadde kommunesatsingen et fokus på å utvikle modeller, standarder og funksjonalitet, der utvikling av nye løsninger og testing i pilotkommuner (kommunale fyrtårn) sto sentralt. I Samspill 2.0 har fokus skiftet fra pilotprosjekt til utbredelse av løsninger. For å tilrettelegge for at kommunene skal kunne samhandle elektronisk satses det på spredning av erfaringene fra de kommunene som har kommet lengst. Erfaringene spres både bredt, gjennom åpne seminar, og gjennom konkrete prosjekt. I Samspillkommune-prosjektet kobles erfarne kommuner sammen med kommuner som er i startfasen i prosessen med å gjøre sin kommune klar til å ta elektroniske samhandlingsløsninger i bruk. Gjennom prosjektet tilbys kommunene bistand i eget arbeid med å forberede elektronisk samhandling innen kommunal helse- og omsorg. Frem til sommeren 2009 har 83 kommuner nyttegjort seg av dette tiltaket og er nå rede til å starte ordinær bruk, og har etablert nyttige nettverk på området. Tiltakene foreslås videreført i 2010.

Utvikling av system for dokumentasjon, statistikk og rapportering – Iplos

Iplos- registeret er et pseudonymt register som inneholder ikkeidentifiserbare opplysninger om enkeltpersoner. Det er hjemlet i helseregisterloven gjennom egen forskrift om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. Helsedirektoratet skal implementere ny versjon av Iplos, som er utviklet i samarbeid med organisasjonene.

Helsedirektoratet har i sin veiledning til kommunene understreket at tjenester som etter sin art må regnes som hjemmesykepleie, praktisk bistand og opplæring, støttekontakt, matombringing med videre, omfattes av forvaltingslovens regler om saksbehandling og at Iplos skal benyttes. Kommunenes organisering av tilbudet er ikke avgjørende for om og når tjenestene skal tildeles i form av enkeltvedtak og dermed registreres i Iplos. Dette innebærer at tjenester til rusmiddelavhengige og personer med psykiske lidelser også skal registreres når det fattes vedtak om tjenestetildeling.

Rapportering fra kommunene i 2010 (data for 2009) vil skje i henhold til ny versjon. Diagnoser skal rapporteres inn til Iplos- registeret med mindre brukerne reserverer seg mot dette. Reservasjonsretten er beskrevet i revidert Iplos-veileder og i brosjyren som omsorgstjenesten i kommunene plikter å levere ut til alle som søker om eller mottar tjenester. Reservasjonsretten har også vært særskilt tema på direktoratets opplæringsseminarer med kommunene.

Helsedirektoratet skal i samarbeid med Legeforeningen bidra til at utveksling av opplysninger mellom samarbeidende helsepersonell skjer på en forsvarlig måte. Statistikk med diagnoser skal

publiseres når diagnosedataene er av tilstrekkelig kvalitet.

En stadig større del av kommunenes håndtering av helse- og personopplysninger innenfor helse- og sosialtjenesten skjer elektronisk. Iplos-opplysningene er en del av kommunenes ordinære journal-/fagsystemer. Helsedirektoratet har derfor utviklet en ny veileder som gir førende anbefalinger for personvern og informasjonssikkerhet i kommunenes helse- og sosialtjeneste, herunder også i Iplos-sammenheng. Veilederen er utarbeidet i samarbeid med en sammensatt arbeidsgruppe med representanter fra kommuner, fylkesmenn, KS, Datatilsynet, KITH, samt brukerorganisasjonene FFO og SAFO.

Lokalmedisinske sentra og kommunesamarbeid

Det er sentralt å sikre pasientene og brukerne trygghet og kvalitet i overgangen mellom nivåene i helsetjenesten. For enkelte pasienter vil det være best å få et kvalitativt godt tilbud nær hjemmet i stedet for å bli lagt inn i sykehus ved akutt sykdom eller i den terminale fasen

Erfaringer viser at lokalmedisinske sentra bidrar til å sikre observasjon, behandling og etterbehandling, forhindrer innleggelse i sykehus og bidrar til større nærhet til og tilfredshet med tjenestetilbudet. Det er behov for å bygge opp kommunale tilbud som skal bidra til å gi et godt tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold, herunder behandling, observasjon og etterbehandling og rehabilitering.

Mange helse- og omsorgsoppgaver vil til enhver tid ligge i grenselandet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og må løses ut fra lokale forhold hvor nødvendig faglig kompetanse er en av hovednøklene. Enkelte steder løses oppgavene i et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, mens andre steder kan oppgaver legges til kommuner hvor disse samarbeider om mulige løsninger. Aktuelle tiltak er blant annet opprettelse av kommunale lokalmedisinske sentra, ambulante team i kommunal sektor, eller oppbygging av lærings- og mestringstjenester i kommunene. Samarbeid mellom kommuner og/eller mellom kommune og spesialisthelsetjeneste om viktige oppgaver bidrar til å styrke kommunene faglig og kompetansemessig. Kommunesamarbeid kan også være av avgjørende betydning i forhold til å realisere gevinsten og redusere risikoen ved en eventuell kommunal medfinansiering.

Det foreslås 33 mill. kroner i 2010 over kap. 761, post 21 for å utvikle lokalmedisinske sentra som en del av de kommunale helse- og omsorgstjenesten og utvikle samarbeid om andre oppgaver, blant annet oppbygging av ambulante team eller lærings- og mestringstjenester i kommunal sektor. Dette omfatter også tilbud innen psykisk helsearbeid og til rusmiddelavhengige. Kommuner/ samarbeidende kommuner inviteres til å søke om prosjektmidler. Midlene vil deles ut som prosjektmidler, men vil inngå i et nasjonalt programarbeid.

Merknader til budsjettforslaget

Som en del av arbeidet med Omsorgsplan 2015 er det foreslått å styrke post 21 med
- 14 mill. kroner til Kompetanseløftet 2015
- 8 mill. kroner til Nevroplan

For øvrig foreslås følgende endringer:
- Bevilgningen foreslås økt med 33 mill. kroner mot at kap. 732, post 70 tilskudd til helseforetakene, settes ned tilsvarende.
- Bevilgningen foreslås økt ved at driftsutgifter på 3 mill. kroner knyttet til Kompetanseløftet flyttes fra kap. 761, post 60 Omsorgstjeneste.
- Tilskuddet på 6,1 mill. kroner til Naku forslås flyttet til kap. 761, post 75 Kompetansetiltak.
- Bevilgningen foreslås satt ned med 1 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 725, post 01, settes opp tilsvarende.

Post 60 Kompetansetiltak i kommunene

Bevilgningen går til følgende formål:
- Tilskudd til kommunene og fylkesmennene til oppfølging av Kompetanseløftet 2015.
- Tilskudd til fagskoleutdanning innenfor helse- og sosialfag.
- Tilskudd til fylkesmannsembetenes utviklingsoppgaver og oppfølgingsansvar for de kommunale omsorgstjenestene. Midlene skal ses i sammenheng med midlene til fylkesmannsembetene over kap. 761, post 21.

Kompetanseløftet 2015

Tilskudd til Kompetanseløftet 2015 gis i 2010 over kap. 760, post 21 Utredningsvirksomhet mv., kap. 761, post 21 Spesielle driftsutgifter, kap. 761, post 60 Tilskudd til omsorgstjenester, kap. 761, post 67 Tilskudd til særskilte utviklingstiltak og kap. 761, post 77 Kompetansetiltak. Det vises til omtale av mål, resultater 2008 og aktivitet 2009 i kapittelinnledningen under Omsorgsplan 2015. Det foreslås å videreføre tiltakene i 2010. Det vises i tillegg til omtale av nye satsinger på til sammen 16 mill. kroner i kapittelinnledningen.

Samlet foreslås det bevilget 258,9 mill. kroner til Kompetanseløftet 2015 i 2010. Dette inkluderer

75 mill. kroner til tilskudd til fagskoleutdanning innenfor helse- og sosialfag.

Tilskudd til fagskoleutdanning innenfor helse- og sosialfag

Det er etablert et tilskudd til finansiering av fagskoleutdanning innenfor helse- og sosialfag fra andre halvår 2009. Tilskuddet skal ihht. Ot. prp. nr. 10 (2008-2009) Om lov om endringer i forvaltningslovgivningen mv. øremerkes i en avgrenset periode. Tidspunkt for innlemming av midlene ses i sammenheng med Omsorgsplan 2015.

Forvaltningen av tilskuddet vil i tråd med forvaltningsreformen bli overført til fylkeskommunene 1. januar 2010. Helse- og omsorgsdepartementet vil i kontakt med KS og fylkeskommunene utforme et regelverk for hvordan tilskuddsordningen skal forvaltes. Det vil etableres en overgangsordning, der mottakere av tilskudd 2. halvår 2009 også får tilbud om tilskudd for 1. halvår 2010. Samlet foreslås det bevilget 75 mill. kroner til tiltaket i 2010.

Merknad til budsjettforslaget

Det foreslås å styrke posten med 4 mill. kroner som en del av arbeidet med Omsorgsplan 2015.

I 2009 er det etablert en egen tilskuddsordning til fagskoleutdanning innenfor helse- og sosialfag. For 2009 er det bevilget 50 mill. kroner til tiltaket. En videreføring av denne ordningen forutsetter ytterligere 25 mill. kroner i 2010 (helårsvirkning). For 2010 foreslås bevilget 75 mill. kroner.

For øvrig foreslås det å flytte driftsutgifter på 3 mill. kroner knyttet til Kompetanseløftet til kap. 761, post 21 Spesielle driftsutgifter.

Post 61 Vertskommuner

Etter HVPU- reformen, som ble gjennomført tidlig på 1990-tallet, overtok 33 kommuner ansvaret for en rekke beboere hjemmehørende i andre kommuner. Formålet med den øremerkede tilskuddsordningen er å kompensere de 33 vertskommunene for de beboere som valgte å bli boende i institusjonskommunen.

I budsjettet for 2009 ble den delen av tilskuddet som ble overført til vertskommunene som rammetilskudd for 2005, tilbakeført til helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Samtidig ble det innført telling hvert annet år av beboere som faller fra, som kompensasjon for at den nye overgangsordningen i inntektssystemet (Ingar) ikke gjelder for reduksjon av øremerkede tilskudd.

Reduksjon i det øremerkede tilskuddet som følge av frafall av beboere

I forbindelse med den delvise reverseringen av vertskommunetilskuddet har kommunal- og forvaltningskomiteen i Innst. S. nr. 263 (2007-2008) bedt regjeringen å vurdere kriteriene for finansieringen kommunene imellom slik at dette blir mest mulig rettferdig.

En del av vertskommunene vil, på grunn av frafall av beboere, kunne få store endringer i inntekt fra ett år til et annet. Dette kan gi enkelte kommuner utfordringer i arbeidet med omstilling og nedbygging av tjenestetilbudet. For å sikre vertskommuner mot brå inntektsbortfall foreslås å innføre en skjermingsordning slik at ingen kommuner, ved frafall av beboere, trekkes mer enn et beløp knyttet til antallet innbyggere i kommunen i året. Skjermingsbeløpet per innbygger skal tilsvare beløpet som gjelder for overgangsordningen i inntektssystemet (Ingar). Uttrekk av midler vil bli foretatt uavhengig av øvrige uttrekk av rammetilskuddet til kommunene (Ingar). Den delen av tilskuddsreduksjonen som den enkelte kommune ikke blir trukket på grunn av skjermingsordningen, hefter ved denne kommunen de påfølgende år. Ordningen med 50 pst. uttrekk for kommuner som ligger under dagens gjennomsnitt for vertskommunene samlet, videreføres så lenge det er beboere igjen i den enkelte kommune. Telling og uttrekk av midler ved frafall av beboere vil bli gjennomført hvert år fram til alle beboere har falt fra og tilskuddsordningen er avviklet i sin helhet. Forslag om ny skjermingsordning har ingen konsekvenser for tilskuddet til vertskommunene for 2010.

Post 66 Brukerstyrt personlig assistanse

Formålet med tilskuddet er å stimulere kommunene til å bruke ordningen med brukerstyrt personlig assistanse, BPA. 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 2008 ble det innvilget 1 227 søknader om stimuleringstilskudd fordelt på 271 kommuner. Så langt i 2009 er det innvilget 1 238 søknader om stimuleringstilskudd fordelt på 263 kommuner. Av disse er 348 nye søknader.

BPA har i nærmere 15 år representert en alternativ måte å organisere sosialtjenester til personer med omfattende behov for hjelp. Utviklingen av ordningen har gitt mange funksjonshemmede større valgfrihet enn hva de tradisjonelle kommunale

tjenestene ofte gir. Samtidig har ordningen også utfordret kommunene til å utvikle andre tjenesteformer til å svare på ønsker om større valgfrihet og brukerstyring. Slik sett har ordningen vært verdifull for flere enn de som i dag mottar BPA. Ifølge SSB mottok over 2 200 personer BPA i 2008.

Departementet har hatt forslag til forbedringer av ordningen med BPA på høring. Høringen reiste flere prinsipielle og praktiske problemstillinger som må løses før en sak kan legges fram for Stortinget. Saken ses i sammenheng med det igangværende arbeidet med å utrede en eventuell harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen.

Post 67 Utviklingstiltak

Kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Tilskuddet skal styrke tjenestetilbudet og bidra til kompetanseutvikling i landets kommuner og prioritere prosjekter som sikrer god fagutvikling, kompetanseheving og har nasjonal overføringsverdi. Aktiviteten skal ses i sammenheng med tiltak i undervisningssykehjemmene og undervisningshjemmetjenestene. Tilskuddet skal forvaltes i samhandling med regionale kompetansesentra for lindrende behandling i spesialisthelsetjenesten, og legge til grunn Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen.

Tilskuddet skal i 2010 gå til ulike kompetansehevende tiltak på området og prosjektene vil i større grad enn tidligere knyttes til aktiviteter i undervisningssykehjemmene og undervisningshjemmetjenestene. Tiltaket inngår i kompetanse – og rekrutteringsplanen Kompetanseløftet 2015.

Undervisningssykehjem

Undervisningssykehjemmene skal bidra til økt kvalitet i omsorgstjenestene ved å fokusere på forskning, fagutvikling og kompetanseheving gjennom prosjekter i eget sykehjem og/eller i samarbeid med sykehjem i andre kommuner. Erfaringene fra det enkelte undervisningssykehjem skal spres gjennom etablering av nettverk og prosjektene skal ha nasjonal overføringsverdi. Undervisningssykehjemmene skal etablere samarbeidsavtaler med kommune/ sykehjem, høgskole og universitet.

Det er etablert et samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for aldring og helse, FoU senteret for omsorgsforsking på Gjøvik, samt andre forskningsmiljø i landet med kompetanse når det gjelder omsorgstjenesten. Nettsiden for landets undervisningssykehjem bidrar til kompetansespredning og vil videreutvikles i 2010.

Målet om å få undervisningssykehjem i alle fylker ble nådd i 2008.

Undervisningssykehjemmene har kunnet søke om tilskudd til kompetansehevende tiltak for lindrende behandling. Helsedirektoratet har utlyst et særskilt tilskudd til undervisningssykehjemmene knyttet til kompetanseheving og opplæring i pasientrettighetsloven kapittel 4A. Målgruppen for opplæringen er primært helsepersonell som kan fatte vedtak etter nevnte lovverk.

Tre av hovedundervisningssykehjemmene er etablert som Demensfyrtårn, og har en viktig rolle i forhold til forskning og utviklingstiltak i Demensplan 2015.

Videre er det et mål at hovedundervisningssykehjemmet i Karasjok blir et hovedundervisningssykehjem for den samiske befolkningen. Dette betinger ny satellitt i Finnmark fylke. Arbeidet med denne etableringen skal gjennomføres i løpet av 2009.

Tiltaket inngår i kompetanse- og rekrutteringsplanen Kompetanseløftet 2015.

Undervisningshjemmetjenester

Hjemmetjenesten har, på lik linje med sykehjemmene, behov for å utvikle den praksisnære forskningen, og knytte sterkere bånd mellom undervisnings- og forskningsinstitusjoner og tjenesten.

Det ble på denne bakgrunn etablert undervisningshjemmetjenester etter modell fra undervisningssykehjem i alle landets fylker i 2009. De nye undervisningshjemmetjenestene skal stimulere til fagutvikling og forskning og utvikle gode læringsmiljøer. Kommunene som starter opp med undervisningshjemmetjenester fokuserer innsatsen rundt ulike temaer, slik som; demens, palliasjon, etikk, tannhelse, rusproblemer, psykisk helse og utviklingshemming. Dette kan bidra til å heve det faglige nivået og den faglige prestisje, samt styrke rekruttering av kompetente medarbeidere. En viktig målsetting vil være å utvikle tjenestens evne til å drive aktiv forebygging, gjennom å styrke mestring og motvirke sykdomsutvikling hos brukerne. Undervisningshjemmetjenesten skal tjene som modeller for andre hjemmetjenester i fylket og bidra til spredningen av kunnskap og faglige ferdigheter.

Kommunene med undervisningshjemmetjenester skal inngå i et felles nettverk med hverandre og landets undervisningssykehjem, samt knyttes nært opp til de regionale sentrene for omsorgsforskning.

Tiltaket inngår i kompetanse – og rekrutteringsplanen Kompetanseløftet 2015.

Helsedirektoratet har satt i gang arbeidet med en samlet strategiplan for undervisningssykehjemmene og undervisningshjemmetjenesten for årene 2010-2015.

Post 71 Frivillig arbeid mv.

For 2009 ble det gitt tilskudd til følgende organisasjoner til informasjon og kontaktskapende arbeid:
- Telefonkontakt
- Kirkens SOS i Norge
- Frelsesarmeens telefon- og besøkstjeneste
- Frelsesarmeens ettersøkelsesarbeid
- Demenslinjen, Nasjonalforeningen for folkehelsens kontakttelefon for pårørende til demente
- Informasjonstelefonen for tinnitus og morbus meniere (T/M-linjen).

Helsedirektoratet følger virksomhetene gjennom årsmeldinger og regnskap.

Bevilgningen ble styrket med 2,5 mill. kroner i 2009, jf. Budsjett-innst. S. nr.11 (2008-2009). Midlene er øremerket styrking av tilskuddet til Kirkens SOS med 2 mill. kroner, og Kols-linjen med 0,5 mill. kroner.

Post 72 Landsbystiftelsen

Landsbystiftelsen eier og driver landsbyer (også kalt Camphill-landsbyer) som fram til 1986 var en del av helsevernet for psykisk utviklingshemmede. Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av Landsbystiftelsens institusjoner. Landsbystiftelsen, som er inspirert av antroposofien, tilbyr et helhetlig bo- og arbeidsfellesskap for unge og voksne med særlige omsorgsbehov.

Følgende institusjoner omfattes av tilskuddsordningen:
- Vidaråsen landsby, Vestfold
- Hogganvik landsby, Rogaland
- Jøssåsen landsby, Sør-Trøndelag
- Solborg, Oppland
- Vallersund Gård, Sør-Trøndelag
- Kristoffertunet, Sør-Trøndelag

Midlene blir stilt til rådighet for Landsbystiftelsen som fordeler midlene til institusjonene. Helsedirektoratet følger virksomheten gjennom årsmelding og årsregnskap, og følger opp arbeidet med fastlegging av beleggskrav i forhold til antall og type plasser.

Post 73 Særlige omsorgsbehov

Tilskudd til Stiftelsen Conrad Svendsen Senter

Bevilgningen går som tilskudd til Stiftelsen Conrad Svendsen Senter (CSS), som er et bo-, omsorgs-, behandlings- og rehabiliteringstilbud der avansert tegnspråk og et sosialt utviklende miljø er grunnlaget. Brukerne er voksne døve og døvblinde med ulike tilleggsvansker av medisinsk og psykologisk kompleksitet og med en svært ulik språkforståelse.

Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av en spesialisert fagavdeling ved senteret. Avdelingen utreder og behandler brukerne, gir veiledning til det øvrige personalet og veiledning til personell og brukere fra andre deler av landet.

Tilskudd til Mosserød alders- og sykehjem for adventister og Jødisk Bo- og Seniorsenter

Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av Mosserød alders- og sykehjem for adventister og Jødisk Bo- og Seniorsenter, og dermed stimulere til at kommuner velger å kjøpe plasser ved disse institusjonene. Følgende vilkår for bevilgningen foreslås videreført:
- Bevilgningen skal i hovedsak nyttes til å subsidiere den kommunale kostnaden for nye beboere som enten tilhører Det mosaiske trossamfunn eller Syvendedags Adventistsamfunn.
- Tilskuddet bør fortrinnsvis tilgodese personer hjemmehørende i andre kommuner enn der institusjonen ligger.
- Midlene skal nyttes for plass til personer som ut fra kommunens egne behovsvurderinger har behov for tilbud i aldersinstitusjon.
- Subsidieringen kan ikke ha et slikt omfang at det urimelig påvirker kommunens valg av typer tiltak.

De midler som ikke kan nyttes i samsvar med punktene over, kan anvendes i forhold til medlemmer av trossamfunnene som ikke er faste beboere ved institusjonen. Dette kan være tilbud om dagplass, korttidsplass og hjemmebesøk mv.

Departementet viderefører samme prinsipp for forholdsmessig fordeling av midlene mellom de to institusjonene. Helsedirektoratet følger institusjonenes bruk av midlene gjennom årsmelding, budsjett og regnskap.

Post 75 Kompetansetiltak

Bevilgningen ble i 2008 nyttet til:
- Tiltak for mennesker med sjeldne medisinske tilstander som ikke har et kompetansesentertilbud, styrking av syndromdiagnostikk og utvikling av ny kunnskap om forekomst og levekår for gruppene.
- Tilskudd til Nasjonalt senter for telemedisin (NST) for IKT-basert undervisning, veiledning og faglig nettverksbygging rettet mot ansatte i pleie- og omsorgstjenesten. Bistand til nasjonale kompetansemiljøer med å utvikle og gjennomføre ulike nettbaserte utdanningstilbud.

Styrking av syndromdiagnostikk skjer blant annet i samarbeid med internasjonale fagmiljøer. Det pågår utviklingsprosjekt for å få datagrunnlag for forekomst av enkelte sjeldne tilstander og gruppenes levekår. To rapporter ble fremlagt i januar 2009. Informasjon om diagnoser uten kompetansesentertilbud i Norge er økt blant annet gjennom nordisk og europeisk samarbeid. Helsedirektoratets servicetelefon for sjeldne tilstander mottar henvendelser fra personer med sjeldne tilstander, pårørende og fagpersoner fra hele landet og bidrar med informasjon og henviser videre til aktuelle fagmiljøer. Det er startet et arbeid for å tilrettelegge informasjon for minoritetsspråklige. Det er mottatt henvendelser om vel 750 sjeldne medisinske tilstander som ikke har et kompetansesentertilbud i Norge. Flere av disse vil ha behov for et nasjonalt tilbud. Bevilgningen foreslås videreført i 2010 til tiltak for mennesker med sjeldne medisinske tilstander, styrking av syndromdiagnostikk, kompetanseutviklingsarbeid og informasjon.

NST har bistått nasjonale og regionale kompetansemiljøer samt enkeltkommuner med bruk av IKT-verktøy i undervisning og kompetanseutvikling. Aktivitetene i 2008 har i hovedsak vært rettet mot ansatte i pleie- og omsorgstjenesten, men også i noen grad mot personell i spesialisthelsetjenesten. Tilskuddet til NST skal trappes ned over en toårsperiode fra og med 2009, og tildeles nasjonale kompetansemiljø som har behov for styrking av IKT-basert undervisning, veiledning, samt faglig nettverksbygging rettet mot ansatte i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. For 2009 er en del av bevilgningen tildelt NAKU.

NAKU – Nasjonalt kompetansemiljø på området psykisk utviklingshemning

NAKU er et statlig kompetansemiljø med nasjonale fagutviklings- og formidlingsoppgaver.

Gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse ble det gitt støtte til kompetansehevende tiltak på området psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser. Disse prosjektene følges opp via Naku, som i 2009-budsjettet ble styrket med overføring av midler fra Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Helsedirektoratet har foretatt en gjennomgang av erfaringer og kjennskap til NAKU. Resultatene viser at de som kjenner virksomheten er godt fornøyd, men at ansatte hos fylkesmenn, kommuner og fastleger er viktige målgrupper som ikke nås godt nok. Resultatene må sees på bakgrunn av at NAKU ble etablert så sent som i 2006. Helsedirektoratet har bedt NAKU øke informasjonen om sin virksomhet. Videre vil Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet vurdere gjennomgangen av NAKU i sammenheng med en gjennomført evaluering av Siftelsen Samordningsrådet for mennesker med utviklingshemming (SOR). SOR mottar finansiering over Barne- og likestillingsdepartementets budsjett.

Merknader til budsjettforslaget

Bevilgningen til Naku på 6,1 mill. kroner foreslås flyttet fra kap. 761, post 21, til kapittel 761, post 75.

Post 79 Andre tilskudd,

Se omtale under post 21.

Betinget tilsagn om tilskudd

Departementet garanterer for eventuelt inntektsbortfall ved Det nasjonale aldershjem for sjømenn i Stavern med 1 mill. kroner for inntil tre beboere som ikke har hjemstedskommune i Norge (jf. forslag til romertallsvedtak IV).

Kap. 762 Primærhelsetjeneste

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 70*			24 079
60	Helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten			6 500
61	Fengselshelsetjeneste			117 281
70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*			33 585
71	Frivillig arbeid mv.			6 024
73	Forebygging av uønskede svangerskap og abort, *kan overføres*			28 512
74	Stiftelsen Amathea			15 465
	Sum kap. 762			231 446

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er

- 15,1 mill. kroner flyttet fra kap. 724, post 21 til kap. 762, post 21
- 3,0 mill. kroner til Helsedirektoratets arbeid med kjønnslemlestelse flyttet fra kap. 719, post 21 til kap. 762, post 21
- 3,0 mill. kroner flyttet fra kap. 719, post 21 til kap. 762, post 60
- 3,5 mill. kroner flyttet fra kap. 719, post 60 til kap. 762, post 60
- bevilgningen på kap. 729, post 60 flyttet til kap. 762, post 61
- 29,6 mill. kroner flyttet fra kap. 724, post 70 til kap. 762, post 70
- bevilgningen under kap. 762, post 71 flyttet fra kap. 729, post 71
- bevilgningen under kap. 762, post 73 flyttet fra kap. 719, post 71
- bevilgningen under kap. 762, post 74 flyttet fra kap. 719, post 72

Innledning

Omtalen av primærhelsetjenester omfatter forebyggende helsetjenester, tjenester på helsestasjon og i skolehelsetjenesten, jordmortjenester, allmennlegetjenester og fysioterapitjenester. Målsettingen med disse tjenestene er at innbyggerne i kommunen skal ha likeverdig tilgang til hjelp til å holde seg friske eller begrense sykdom, hjelp til utredning og tidlig diagnostikk ved mistanke om sykdom, hjelp ved akutte situasjoner og nødvendig behandling og oppfølging. Med behandling og oppfølging forstås også hjelp til å redusere følgetilstander av sykdom, og til å mestre eget liv hvis skade og sykdom har ført til redusert funksjonsnivå.

Tjenester på helsestasjon og i skolehelsetjenesten finansieres i hovedsak av kommunenes frie inntekter, uten egenandeler for brukerne. Legetjenester (fastlegevirksomhet og legevakt) og fysioterapitjenester finansieres dels av kommunene gjennom frie inntekter, dels av staten som refusjon fra trygden (fastlønnstilskudd for ansatte fysioterapeuter) og dels gjennom egenandeler fra brukere/pasienter. Allmennmedisinsk offentlig legearbeid (herunder legetjenester på helsestasjon, i skolehelsetjenesten og på sykehjem) finansieres i sin helhet av kommunene.

Utvikling av et samlet faktagrunnlag

Departementet arbeider med å få bedre analyser av utviklingen i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Viktige områder er:

- Utvikling i antall brukere og sammensetning av brukere
- Utvikling i tjenestetilbudet
- Utvikling i organisering av tjenestene
- Personellutvikling (årsverk)
- Ressursinnsats (kroner)

Helsedirektoratet vil få i oppdrag å vurdere hvordan det på best måte kan utarbeides et årlig faktagrunnlag over utviklingstrekk i kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Oppdraget vil også innebære å definere hvilke områder som er viktigst og mest relevante for analyser, samt avdekke viktige områder for statistikkutvikling. Relevante statistikkilder er blant annet Kostra, de årlige takstbruksundersøkelsene for fysioterapeuter og allmennleger, samt særskilte kartleggingsundersøkelser og utredninger på de ulike tjenesteområdene. Helsedirektoratet har allerede ansvar for

utvikling av statistikkfeltet på disse områdene, og samarbeider med blant annet SSB, KS og forskningsmiljøer om dette.

Forebyggende arbeid

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen beskriver satsning på forebygging som en viktig del av en ny framtidig kommunerolle. I 2010 foreslås det 230 mill. kroner i økte frie inntekter til forebyggende helsetjenester i kommunene.

Utformingen av satsingen på forebyggende helsetjenester i kommunene vil skje i dialog med KS og kommunesektoren.

Sentrale tiltak er en sterkere organisatorisk forankring av det forebyggende arbeidet i kommunene. Det er også behov for mer kunnskapsbasert og systematisk innsats i arbeidet. Forebyggende arbeid skal bidra til bedre helse i befolkningen, forebygge sykdom og sykdomsutvikling, begrense unødvendige innleggelser i sykehus, redusere behandlingsbehov og bidra til at eldre er funksjonsfriske lengst mulig.

Regjeringen vil legge til rette for at en større andel av forventet vekst i helse- og omsorgstjenestens samlede inntekter skal komme i form av frie inntekter til kommunene. Innenfor denne veksten bør kommunene prioritere økt innsats innenfor forebyggende helsetjenester. Samhandlingsreformen legger opp til at kommunene får et medfinansieringsansvar for innleggelser i spesialisthelsetjenesten fra 2012. Dette vil være et viktig insitament for kommunene til å satse sterkere på forebygging. Det vises til omtale i Kommunal- og regionaldepartementets budsjettproposisjon.

Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler at kommunene i 2010 prioriterer å sikre det forebyggende arbeidet en tydelig organisatorisk plassering i kommunen, og en god forankring i plan- og budsjettsystemene. I denne sammenheng bør oppbygging av systemer som gir oversikt over helsetilstanden og over faktorer som påvirker helsen prioriteres. Bedre oversikt over helse og påvirkningsfaktorer gir grunnlag for prioritering og evaluering av helsetjenester. Slik oversikt er også en forutsetning for at kommunens helsetjeneste kan bidra i kommunale planprosesser.

En sterkere innsats på forebyggende helsetjenester må tilpasses lokale behov i den enkelte kommune. Det kan være hensiktsmessig å starte innsatsen på noen få områder der man kan forvente raske resultater. Forebygging av ulykker kan bidra til reduserte sykehusinnleggelser. Etablering av lavterskeltilbud kan forebygge livsstilssykdommer (for eksempel type 2-diabetes og fedme/overvekt) og bidra til å motvirke utvikling av mer alvorlige og mer behandlingskrevende diagnoser.

Regjeringens videre oppfølging av Samhandlingsreformen og satsingen på forebyggende helsetjenester vil blant annet skje som del av Nasjonal helse- og omsorgsplan 2010. Kommunenes innsats vil bli fulgt opp fra statlig hold gjennom råd og veiledning, dokumentasjon av effektive tiltak, statistikk om helseforhold, regelverksendringer mv. Fylkeskommunene skal etter ny lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet understøtte kommunenes arbeid på dette området.

Helsedirektoratet er i ferd med å utvikle en overordnet strategi for kunnskapsbasert folkehelsearbeid. I den sammenheng vil direktoratet gjennomføre systematiske samfunnsøkonomiske vurderinger og evalueringer av effekten av forebyggende tiltak. Regjeringen foreslår å styrke kap. 762 post 21 med 6 mill. kroner til Helsedirektoratets oppfølging av den kommunale satsingen på forebyggende helsetjenester. Det vises også til omtale under kap. 719, post 60.

I tillegg foreslås det å styrke bevilgningen til satsingen Forebyggende helsearbeid gjennom fysisk aktivitet, i regi av Norges idrettsforbund, med 4 mill. kroner i 2010. Midlene skal gå til aktivisering av fysisk inaktive for å forebygge livsstilsykdommer. Det vises til kap. 719, post 73.

Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg mv.

Stortinget behandlet våren 2009 St.meld. nr. 12 (2008-2009) En gledelig begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, jf. Innst. S. nr. 240 (2008-2009). Det vises til nærmere omtale under kap. 762, post 70.

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

Antallet jordmorårsverk i helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten økte fra 176 i 1995 til 295 i 2008 (SSB Årsverk i kommunehelsetjenesten). Halvparten av denne økningen fant sted de første tre årene etter at tjenesten ble lovfestet. I tillegg er enkelte jordmødre ansatt hos allmennleger og noen få driver privat virksomhet i kommunen.

En kartlegging av jordmortjenesten og følgetjenesten i 2003 viste at rundt 10 pst. av kommuner/bydeler mangler tilbud om svangerskapsoppfølging hos jordmor. Om lag 40 pst. av kommunene med over én times reisevei til fødested hadde i 2003 ingen følgetjeneste. Jordmordekningen er geografisk skjevfordelt og med til dels svært små stillingsbrøker.

I Innst. S. nr. 240 (2008-2009) gikk flertallet i helse- og omsorgskomiteen inn for at lokal jordmortjeneste fortsatt skal være et kommunalt ansvar, og at kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak skal inngå avtaler som sikrer felles utnyttelse av jordmorressursene og legger til rette for helhetlige pasientforløp. Avtalene skal omfatte beredskap for følgetjeneste. Ansvaret for følgetjenesten vil bli overført til de regionale helseforetakene fra 1. januar 2010.

Refusjoner til jordmortjenester er omtalt på programområde 30, kap. 2755, post 72.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 352, 28. mai 2009

> «Stortinget ber Regjeringen om å fremme forslag til tiltak for å styrke jordmortjenesten både med hensyn til kapasitet og kvalitet, og at dette forelegges Stortinget i egnet form.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av St.meld. nr. 12 (2008-2009), En gledelig begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg, jf. Innst. S. nr. 240 (2008-2009).

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede behovet for å styrke jordmortjenesten med hensyn til kapasitet og kvalitet. Helse- og omsorgsdepartementet vil deretter vurdere mulige tiltak og tar sikte på en nærmere omtale i statsbudsjettet for 2011.

For omtale av Nasjonalt råd for fødselsomsorg, øvrige oppdrag til Helsedirektoratet og oppdrag til helseforetakene som ledd i oppfølgingen av St. meld. nr. 12 (2008-2009), vises det til kap. 732 Prioriterte områder i 2010 og kap. 781, post 21.

Helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten

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

I Opptrappingsplan for psykisk helse (1998-2008) var det et mål å styrke helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten med 800 årsverk. Helsedirektoratets oversikt over kapasitetsøkning i planperioden viser at antall årsverk i tjenesten har økt med 745 årsverk. Dette tilsvarer 93 pst. av måltallet. I det årlige rundskrivet om mål og hovedprioriteringer fra Helsedirektoratet til kommunene, fylkesmennene, de regionale helseforetakene og fylkeskommunene, og i embetsoppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet, har betydningen av å styrke tjenesten vært vektlagt. Rekrutteringen av nye årsverk har vært et virkemiddel for å styrke tjenestens kapasitet og kompetanse. Regjeringen har bl.a. sørget for en betydelig økning i kommunenes frie inntekter. I 2009 ble det i tillegg bevilget 6,5 mill. kroner til styrking av skolehelsetjenesten i kommuner med store sosiale helseforskjeller jf. omtale under kap. 719.

I St.meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen, vises det til at helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten skal ha et helhetlig perspektiv på forebyggende arbeid som innebærer utstrakt tverrfaglig arbeid. Skolehelsetjenesten er ikke tilstrekkelig utbygd i mange kommuner. Det gjelder særlig tilbudet i videregående skoler. Som en oppfølging av samhandlingsreformen er det foreslått en økning i kommunenes frie inntekter for å styrke det forebyggende arbeidet i helsetjenesten.

Allmennlegetjenesten inkludert fastlegeordningen

Målet med allmennlegetjenesten er å sikre innbyggerne nødvendig tilgang på medisinsk hjelp på primærnivå. Dette omfatter både akutthjelp og medisinsk hjelp til utredning, diagnostikk, aktuell behandling og eventuelt henvisning til andre. Målet er også å sikre nødvendig bistand til opplæring i individrettet forebyggende aktivitet.

Allmennlegetjenesten i kommunene omfatter fastlegeordningen, allmennmedisinsk offentlig legearbeid i sykehjem, helsestasjon, skolehelsetjeneste, fengsler mv. og legevakt. Det ble utført om lag 12,9 mill. konsultasjoner hos allmennlege og om lag 1,2 mill. konsultasjoner på legevakt i 2008.

Kommunene har ansvar for å sikre nødvendig kapasitet i allmennlegetjenesten. Dette både for å ivareta allmennmedisinsk offentlig legearbeid, listeansvaret som følger av fastlegeordningen og døgnåpen legevakt. Kommunene skal også sikre at tilgjengeligheten til fastlegene er god.

Refusjoner til allmennlegehjelp er omtalt på programområde 30, kap. 2755, post 70.

Brukere av allmennlegetjenesten (fastleger og legevakt):

En rapport fra NAV i 2007, basert på legekontakter fra fastleger og legevakt i kommunehelsetjenesten som gir rett til refusjon fra folketrygden, viste at innbyggerne i gjennomsnitt hadde 2,5 konsultasjoner hos fastlege i 2006 (kvinner 2,9 og menn 2,1). De hyppigst brukte hoveddiagnosene i fastlegevirksomhet var ifølge rapporten knyttet til muskel- og skjelettsystemet (18,8 pst), hjerte-/karsystemet (13,8 pst), luftveier (13 pst) og psykiske forhold (9,8 pst).

Tilsvarende brukte hoveddiagnoser ved legevakt er muskel- og skjelettsystemet (15,5 pst), hjerte-/karsystemet (3,8 pst), luftveier (23,6 pst) og psykiske forhold (4,0 pst).

Konsultasjonshyppigheten hos fastlege er noe høyere i østlige og sørlige fylker enn i Midt-Norge og Nord-Norge, mens konsultasjonshyppigheten for legevakt er høyest i Midt-Norge og Nord-Norge. Dette kan henge sammen med variasjoner i stabilitet i legedekningen og tilgjengelighet til fastlege.

Legedekningen i kommunene

Den samlede årsverkinnsatsen i allmennlegetjenesten utgjorde 4 533 årsverk i 2008, dvs. en økning på 137 årsverk fra 2007 (3 pst.). Økningen fant i hovedsak sted innenfor diagnose, behandling og rehabilitering med 104 årsverk og innenfor institusjoner for eldre og funksjonshemmede (sykehjem) med 23 årsverk.

Fra 2002 til 2008 økte antall årsverk i allmennlegetjenesten med til sammen 382 årsverk eller 9 pst. (fra 4 151). Til sammenligning økte antall legeårsverk i spesialisthelsetjenesten med 2 055 årsverk (fra 9 300 til 11 355 årsverk (22 pst.)).

Ved utgangen av første kvartal 2009 var det registrert 4 004 fastlegepraksiser i kommunene. Dette er en økning på om lag 275 fra utgangen av 2002. Av totalt 4 082 fastlegehjemler/ lister var det 78 som ikke var besatt. Om lag 1 pst. av befolkningen (45 106 innbyggere) sto på disse listene som i hovedsak er betjent av vikarer (ofte korttidsvikarer). Andelen av listene som manglet fast lege var størst i Troms og Finnmark (hhv. 8,2 og 8,6 pst.). Det er skjedd en betraktelig bedring i legedekningen i Nord-Trøndelag det siste året. Legedekningen i Sogn og Fjordane har bedret seg betydelig siden 2004. Tiltak for rekruttering av leger til kommuner med spesielle utfordringer knyttet til rekruttering av leger og stabilitet i tjenesten er nærmere beskrevet i kap. 762, post 21. Ved utgangen av første kvartal 2009 var 46 pst. av listene åpne. Dette varierer mellom fylker og endrer seg fra år til år. Det var færrest åpne lister i Telemark med 29 pst. og flest i Buskerud med 59,6 pst. Rundt 1,5 pst. av innbyggerne bytter hvert kvartal fastlege etter eget ønske.

Ved innføringen av fastlegeordningen var 28,8 pst. av fastlegene kvinner. Andelen kvinnelige fastleger er gradvis økt til 34 pst. per mars 2009. Av økningen i antall fastleger fra utgangen av 2002 til utgangen av første kvartal 2009 utgjorde kvinnelige leger 94 pst.

Legevakt

De fleste kommuner deltar i et interkommunalt legevaktsamarbeid. Dette er den vanligste organisasjonsformen i de mindre kommunene. Til sammen er det litt over 200 legevaktdistrikter. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet et forslag til en handlingsplan for utvikling av legevakttjenesten i Norge. Departementet har bedt direktoratet komme med en vurdering av hvilke forslag som bør prioriteres og konsekvensene av forslagene. Direktoratet er også gitt i oppdrag å utrede forutsetninger for etablering av ett felles nasjonalt telefonnummer til kommunal legevakt.

I samtlige fylker er det opprettet overgrepsmottak i tilknytning til interkommunale legevaktsentraler. Se nærmere omtale under kap. 764 post 73.

Samhandling

Som oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen, er det lagt opp til en styrking av allmennlegetjenesten i kommunene. Dette er av avgjørende betydning for å oppnå ønsket effekt av samhandlingsreformen. Det er et mål at fastlegene skal få en tydeligere rolle i det individrettete forebyggende arbeidet overfor innbyggere på sin liste. Fastlegens kompetanse knyttet til å ivareta behovet for allmennlegetjenester til mennesker med psykiske lidelser og/eller rusproblemer skal videreutvikles og styrkes. Det forutsettes også at fastlegene på systematisk måte følger opp pasienter som skal ha høy prioritet når det gjelder behov for samhandling innad på kommunalt nivå og mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er i tillegg en målsetning å øke kapasiteten og forbedre kvaliteten på legetjenesten i sykehjem, helsestasjon og skolehelsetjeneste og i fengsler (allmennmedisinsk offentlig arbeid).

Departementet vil som en oppfølging av meldingen vurdere behovet for legeressurser både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Departementet vil videre foreta en gjennomgang av regelverket for fastlegevirksomhet (forskrift og sentralt avtaleverk) med sikte på innføring av funksjons- og kvalitetskrav. Videre vil regler om listelengde og bestemmelse om kommunens posisjon når det gjelder ledelse og prioriteringer av allmennlegeressursene bli nærmere vurdert. Departementet vil også gjennomgå finansieringssystemet for de kommunale legetjenester med sikte på endringer som skal støtte opp under samhandlingsreformen.

Grønn resept – lavterskeltilbud og livsstilsveiledning

Grønn resept er en takst i legenes honorartariff som gjelder individuell, strukturert veiledning relatert til kosthold og/eller fysisk aktivitet for pasienter med høyt blodtrykk eller type 2-diabetes. Bruken av taksten er et alternativ til medikamentell behandling.

Siktemålet med ordningen med Grønn resept er å stimulere til økt livsstilsveiledning i helsetjenesten. Lavterskeltilbud i regi av bl.a. frisklivssentraler er etablert i om lag femti kommuner. Disse kommunene har etablert lavterskeltilbud innen fysisk aktivitet, mens arbeidet med å etablere kostholdskurs og røykesluttkurs er godt i gang. Det er gjennomført en evaluering av lavterskeltilbud som ble publisert høsten 2008. Evalueringen viser at både leger og brukere var fornøyde med lavterskeltilbudene.

Helse- og omsorgsdepartementet vil på bakgrunn av resultatene fra evalueringen og anbefalingen fra Helsedirektoratet vurdere hvordan lavterskeltilbudene bør videreføres.

Forskning og kunnskapsoppbygging

Kunnskapsgrunnlaget i den praktisk utøvende allmennmedisin har stor betydning for kvaliteten på det allmennmedisinske arbeidet. Muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser, livsstilssykdommer, sosiale forskjeller i sykdomsforekomst og bruk av helsetjenester, samt spesielle helseutfordringer i deler av innvandrerbefolkningen, utgjør en stor andel av problemstillingene fastlegene møter, og er årsak til en stor andel av langtids sykefravær. For å styrke kunnskapsgrunnlaget foreslås en styrking av de allmennmedisinske forskningsenhetene med 4 mill. kroner. Se nærmere omtale under kap. 762, post 70.

Fysioterapitjenesten

Målet med fysioterapitjenesten er å bidra til å fremme best mulig helse og egenmestring overfor befolkningen i kommunen. Kommunene skal etter kommunehelsetjenesteloven sørge for fysioterapitilbud til befolkningen. Det omfatter forebyggende arbeid, behandlende og rehabiliterende tiltak. Fysioterapeuter arbeider med oppgaver som kan forebygge sykdom og fremme god helse. Dette foregår på helsestasjon, i skolehelsetjenesten og i kommunen for øvrig. I tillegg ytes fysioterapi til funksjonshemmede i alle aldersgrupper. Mange kommuner har organisert fysioterapitjenester etter brukergruppenes alder og funksjonsnivå. Privatpraktiserende fysioterapeuter med kommunal driftsavtale arbeider med alle aldersgrupper, men primært med den voksne befolkning som er i yrkesaktiv alder samt pensjonister.

Kommunenes kostnader til fysioterapi er knyttet til lønn til ansatte og driftstilskudd til fysioterapeuter med driftsavtale. For fysioterapeuter i ansettelsesforhold får kommunen et tilskudd for fastlønte fysioterapeuter (kap. 2755, post 62). Tilskuddet gis i stedet for stykkprisrefusjon. Fastlønnstilskuddet utgjorde i 2008 til sammen 210 mill. kroner. Folketrygden refunder hele eller deler av pasientenes kostnader til fysioterapi, hvis fysioterapeuten har driftsavtale med kommunen. I 2008 ble det til sammen utbetalt 1 590 mill. kroner i refusjon fra trygden. Se nærmere omtale under programområde 30 Stønad ved helsetjenester.

Kommunene definerer behovet for fysioterapitjenester til befolkningen. Som utgangspunkt skal det inngås 100 pst. driftsavtalehjemmel dersom praksisen ikke drives på deltid. Kommunen skal tilpasse størrelsen på driftsavtalene til kommunens behov for fysioterapitjenester. Fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen kan ikke kreve egenandeler eller andre honorar utover det som er fastsatt av staten, jf. kommunehelsetjenesteloven § 2-3. Økte egenandeler under henvisning til redusert hjemmel og lignende er mislighold av driftsavtalen med kommunen.

Ressursinnsatsen i fysioterapitjenesten utgjorde til sammen 4 334 årsverk i 2008, fordelt på 1 426 årsverk i ansettelsesforhold, 2 587 årsverk kommunal driftsavtale samt 144 årsverk turnuskandidater. Det er et økende antall privatpraksiserende fysioterapeuter uten avtale med kommunene.

Årsverksinnsatsen for ansatte fysioterapeuter rapportert i Kostra har økt fra 2007 til 2008 med 51 årsverk. Økningen er innenfor området voksne og eldre. Ressursinnsatsen innen helsestasjon og skolehelsetjeneste er ytterligere redusert. I 2008 var det 202 årsverk knyttet til dette området, jf. Programområde 30 og kap. 2755, post 62.

Trygdens utgifter til fysioterapi har økt betydelig de siste årene, jf. omtale på kap. 2755, post 71 på programområde 30. Utgiftsøkningen skyldes for

en stor del økt aktivitet i tjenesten. Kommunenes oppsplitting av driftstilskudd i små enheter med forutsetning om fulltidsarbeid har også bidratt til å øke aktiviteten. Kostra-rapporteringen viser at av i alt 3 490 avtalehjemler i 2008 er 1 613 (46 pst.) fulltidshjemler. De øvrige hjemlene er deltidshjemler. 39 pst. av avtalehjemlene er i størrelsesorden 2/5 til 5/5 hjemmel og 15 prosent i størrelsesorden 1/5 til 2/5 hjemmel.

På oppdrag fra departementet ble det høsten 2008 gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot fysioterapeuter som arbeider i kommunehelsetjenesten. 2 355 fysioterapeuter besvarte undersøkelsen hvorav 56 pst. var avtalefysioterapeuter. Undersøkelsen viste at avtalefysioterapeuter primært samhandler med fastleger. Fysioterapeuter i de minste kommunene samhandler mest med fastlegene. I den grad avtalefysioterapeutene samarbeider med kommunen, dreier det seg om spørsmål knyttet til driftsavtalen. Undersøkelsen viste også at fysioterapeuter har et stort arbeidsvolum. Mange avtalefysioterapeuter arbeider langt utover sine driftsavtaler. Spesielt gjelder det fysioterapeuter med små hjemmelsstørrelser samt dem med tilnærmet fulltidshjemler.

For å gi større samsvar mellom oppgaveansvar og finansieringsansvar for kommunene, har regjeringen startet en omlegging av finansieringen av den avtalebaserte fysioterapitjenesten med virkning fra 1. juli 2009. Det vises til nærmere omtale under programområde 30.

Departementet vil i løpet av 2010 gjennomgå det sentrale avtaleverket for fysioterapeuter med sikte på å sikre best mulig kvalitet i tjenesten. For å få til et enklere og bedre takstsystem for brukere og fysioterapeuter vil departementet nedsette en partssammensatt arbeidsgruppe som skal gjennomgå takstsystemet for fysioterapibehandling. Arbeidsgruppen skal legge frem et forslag til departementet om forbedringer i takstsystemet før takstforhandlingene i 2010. Målet er et avtaleverk og takstsystem som skal støtte opp under de sentrale prinsippene i St.meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen, og som skal bidra til kvalitet i tjenesten.

Helsetjenester til beboere i asylmottak

I 2008 kom det 14 431 asylsøkere til Norge. Dette er mer enn en fordobling av antallet fra året før. Økningen er særlig stor i gruppen enslige mindreårige asylsøkere (EMA). Det er forventet om lag 18 500 asylsøkere i 2009 og et tilsvarende antall i 2010. Asylsøkere i Norge er unge og har sin bakgrunn fra 214 ulike land.

Kommunene har ansvaret for å sørge for nødvendige helsetjenester til beboere på asylmottak. Kommunene får kompensert for kostnadene gjennom vertskommunetilskudd fra Utlendingsdirektoratet. Utfordringene for kommunene er særlig knyttet til den store økningen av antall asylsøkere og flyktninger og kapasiteten for tjenestene i kommunene. Mange asylsøkere og flyktninger har stort behov for legehjelp da de kan ha vært utsatt for vold og traumer i sitt opprinnelsesland. Manglende språkforståelse skaper i tillegg kommunikasjonsbarrierer som har betydning for tilgjengelighet og kvalitet i tjenesten. Det foreligger to utredningsrapporter som omhandler henholdsvis systematisk screening av psykisk helse hos nyankomne asylsøkere og tilbud om oppfølging av voldelige mottaksbeboere. Som oppfølging av rapportene er det blant annet igangsatt et arbeid med å utvikle et introduksjonskurs for ansatte i asylmottak. I sammenheng med dette vil det bli laget et informasjonsskriv om håndtering av vold i mottak. Enkelte kommuner har etablert migrasjonshelsesenter hvor beboerne kan få råd og veiledning. Helsedirektoratet vil i løpet av 2009 oppdatere veilederen «Helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger». Departementet vil i løpet av 2010 i samarbeid med Arbeids- og Inkluderingsdepartementet følge opp ulike sider av tjenestetilbudet til asylsøkere og flyktninger.

Helsetjenester til innsatte i fengsler

Vertskommuner og vertsfylker for fengsel har ansvar for helsetjenester til innsatte og mottar midler for yting av slike tjenester, se kap. 762, post 61. Fylkeskommuner med fengsler skal yte tannhelsetjenester til innsatte. De regionale helseforetak har ansvar for å tilby spesialiserte tjenester til innsatte og mottar midler til dette gjennom basistilskuddet til de regionale helseforetakene. Innsatte har samme rett til helsetjenester som befolkningen for øvrig.

Blant innsatte er det en betydelig oversykelighet mht psykiske lidelser og en betydelig større andel med alvorlig rusmiddelproblematikk sammenliknet med befolkningen for øvrig. Det er derfor forutsatt at det skal inngås avtaler mellom det psykiske helsevernet i helseforetakene og kommunene om tilbud av tjenester overfor de innsatte. Formålet med dette er blant annet å styrke samhandlingen og tydeliggjøre ansvaret for tjenestene.

Majoriteten av fengslene har innsatte som er inkludert i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), der helsetjenesten i fengslet forestår utlevering av medikamentene i LAR. Det er stor variasjon i forskrivning av vanedannende legemidler mellom fengslene. Fengselshelsetjenesten synes å være inne i en god utvikling men det er fortsatt behov

for å styrke helsepersonellets fagkompetanse om rus og psykisk helse, og å sørge for sikre rutiner under LAR-opplegg.

Fra 1997 ble det av smittevernhensyn innført en ordning hvor innsatte ble gitt tilgang til desinfeksjonsveske for å kunne rense brukte sprøyter og spisser. Internasjonale erfaringer fra en rekke europeiske land som har gitt innsatte tilgang til sterile sprøyter og spisser tilsier at dette er et tiltak som forhindrer blodsmitteoverføring i fengslet og som verken har ført til økt bruk av rusmidler hos rusavhengige, økte disiplinærproblemer eller at sprøyter og spisser har vært benyttet som våpen. Helsedirektoratet utredet i 2009 dette spørsmålet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, og konkluderte med å anbefale iverksettelse av en ordning i fengslene som minst omfatter innbytte av brukte sprøyter og spisser. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt utredningen på en bred høring i helse- og justissektoren.

Det er etablert samarbeid mellom NAV-kontorer og flere av de største fengslene.

Justisdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har i samarbeid etablert rusmestringsenheter i ni fengsler. For 2010 tas det sikte på å etablere rusmestringsenheter i ytterligere tre fengsler.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

For å få et klarere skille mellom tilskuddsmidler og midler til statlige driftsutgifter, er bevilgningen delt mellom post 21 og post 70 Andre tilskudd. Det er gitt en samlet beskrivelse av formålene under post 70.

Merknader til budsjettforslaget

Som en oppfølging av samhandlingsreformen foreslås bevilgningen styrket med 6 mill. kroner til Helsedirektoratets oppfølging av den kommunale satsingen på forebyggende helsetjenester.

Post 60 Helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten

Målet med tilskuddet er at kommuner med store sosiale helseforskjeller skal få et bedre skolehelsetjenestetilbud. I 2008 ble 3 mill. kroner fordelt til ni kommuner. Beløpet ble i 2009 økt til 6,5 mill. kroner, og midlene er fordelt til 15 kommuner og fem bydeler i Oslo. Ved hjelp av midlene er det blant annet iverksatt tiltak for innvandrergrupper og etablert bedre samarbeid mellom helsesøster og ungdomsskoler. Midlene foreslås videreført i 2010.

Post 61 Fengselshelsetjeneste

Av den totale bevilgningen på 107,5 mill. kroner til helsetjenester til innsatte i fengsler i 2008, ble 84,7 mill. kroner fordelt til kommuner og 13,6 mill. kroner fordelt til fylkeskommuner (tannhelsetjenester).

Bevilgningen til fengselshelsetjenesten i 2010 foreslås økt med 8,6 mill. kroner for å dekke økt behov for helsetjenester i kommunene og fylkeskommunene i forbindelse med økt kapasitet innenfor kriminalomsorgen. Videre foreslås det å flytte 9,2 mill. kroner som går til sikkerhetsavdelingen ved Dikemark til kap. 732, post 70, og disse midlene vil i 2010, som i 2009, bli utbetalt til Helse Sør-Øst RHF.

Post 70 Tilskudd

Retningslinjer for svangerskapsomsorgen og elektronisk helsekort for gravide

Retningslinjer for svangerskapsomsorgen 2005 skal revideres og utgjøre del av felles retningslinjer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, jf. St.meld. nr. 12 (2008-2009), En gledelig begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Et elektronisk helsekort for gravide vil i fremtiden være et nyttig verktøy for jordmødre og leger i svangerskaps- og fødselsomsorgen. Det vil også kunne bidra til kvalitetsforbedring i tjenesten og bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Et videre arbeid med elektronisk helsekort er varslet i St.meld. nr. 12 (2008-2009). Stortingsmeldingen presiserer at dette arbeidet skal sees i sammenheng med utvikling av elektronisk pasientjournal. Det ble gitt 0,4 mill. kroner til implementering av retningslinjer for svangerskapsomsorgen med hovedvekt på utvikling av et elektronisk helsekort i 2009. Midler til formålet foreslås videreført i 2010. Det vises til omtale og øvrig oppfølging av St. meld. nr. 12 (2008-2009) under innledningen til kap. 762 og under kap. 732 og kap. 781 post 21.

Forebygging i helsetjenesten

Som del av samhandlingsreformen foreslår regjeringen å styrke det forebyggende helsearbeidet ved å øke kommunenes frie inntekter med 230 mill. kroner, se omtale foran under programkategori 10.60. For å følge opp denne styrkingen foreslås det at Helsedirektoratet i samarbeid med landets fylkesmenn gir veiledning overfor kommunene og bidrar til kunnskapsutvikling og kunnskapsformidling. Helsedirektoratet vil også få i oppdrag å utforme et system for rapportering. Rap-

porteringen skal ha som formål å bidra til læring og videreutvikling av det forebyggende arbeidet i kommunene. Det foreslås å bevilge 6 mill. kroner til Helsedirektoratets oppfølging av styrkingen på forebyggende helsetjenester i kommunene i 2010.

Handlingsplan mot kjønnslemlestelse

Handlingsplan mot kjønnslemlestelse (2008-2011) koordineres av Barne- og likestillingsdepartementet. Planens seks innsatsområder er effektiv håndheving av regelverket, økt kompetanse og kunnskapsformidling, forebygging og holdningsskapende arbeid, tilgjengelige helsetjenester, styrket innsats ved ferier og styrket internasjonal innsats. Målgruppene for tiltakene er jenter og kvinner som er eller kan bli utsatt for kjønnslemlestelse, offentlige og private tjenesteytere og institusjoner, menn med bakgrunn fra risikolandene, frivillige organisasjoner og relevante trossamfunn. Helsetjenestens bidrag på området kjønnslemlestelse har to hovedmål: 1) effektivt forebyggende arbeid for å forhindre at jenter blir kjønnslemlestet, og 2) god behandling til kvinner som allerede er kjønnslemlestet.

Regjeringen har besluttet at alle jenter i risikogrupper fra områder i land som praktiserer kjønnslemlestelse skal tilbys frivillige underlivsundersøkelser som del av helseundersøkelsen ved ankomst til Norge. Videre skal tilbud om samtale og frivillige underlivsundersøkelser til aktuelle jenter (innvandrere og norskfødte av innvandrerforeldre) gis ved skolestart, på 5. klassetrinn og i ungdomskolen av helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten (Rundskriv I–5/2009 fra Helse- og omsorgsdepartementet).

I 2008 ble det bevilget 3 mill. kroner fra kap. 719, post 21 til oppfølging av departementets og Helsedirektoratets innsatser for å følge opp tiltakene i handlingsplanen. Tilskuddet er videreført i 2009 og foreslås videreført i 2010 under kap. 762, post 21.

Rekrutteringstiltak og faglig utvikling i allmennlegetjenesten mv.

Formålet med tilskuddsordningene er å bidra til rekruttering og stabilisering av leger i primærhelsetjenesten, særlig i distriktskommuner.

Tiltak for å bedre legesituasjonen i Sogn og Fjordane omfatter interkommunale legevaktordninger, kvalitetssikring av ambulansetjenesten og samhandling mellom kommunehelsetjeneste og sykehus gjennom etablering av praksiskonsulentordning.

Tiltak for å bedre legesituasjonen i Finnmark har som særskilt målsetning å bedre rekrutteringen og å stabilisere legedekningen i de samisktalende kommunene i Finnmark. Dette omfatter tiltak for å heve kompetansen til legene innen samisk språk, kultur og helseforståelse. Tiltak er også satt i verk for å bedre arbeidsforholdene og legge til rette for bedre integrering av legene i lokalmiljøet.

Veiledningsgrupper for leger under spesialistutdanning i allmennmedisin og samfunnsmedisin bidrar til å styrke rekruttering og stabilisering av primærleger i Nord-Norge. Alle tiltak videreføres i 2009.

Som oppfølging av samhandlingsreformen foreslås det å øke tilskuddene til de allmennmedisinske forskningsenhetene (AFE) med 4 mill. kroner. Midlene skal nyttes til å styrke kunnskapsgrunnlaget, herunder psykisk helse og rus.

Høsten 2006 ble fire allmennmedisinske forskningsenheter med tilknytning til de medisinske fakultetene opprettet. I 2009 ble det bevilget 8 mill. kroner til formålet. For å sikre koordinerte helsetjenester og en helhetlig oppfølging av brukere med sammensatte behov, herunder mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, er det behov for å øke faslegens kunnskap og kompetanse.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) er organisatorisk tilknyttet Universitetet i Bergen. Senteret har som oppdrag å drive forsknings- og fagutviklingsarbeid, rådgivning til utøvende tjeneste og bistå helsemyndighetene med å følge med på utviklingen av den kommunale legevakten i Norge. Basisfinansieringen av driften av Nklm gjøres over kap. 762, post 21. Nklm har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. I 2008 ble det gjennomført en brukerundersøkelse ved utvalgte legevakter. Brukerundersøkelsen skal tjene som mal for tilsvarende undersøkelser ved øvrige legevakter. Departementet vil i samarbeid med Helsedirektoratet vurdere aktuell oppfølging av de foreslåtte tiltakene.

Fra 2008 ble det innført en tilskuddsordning for etablering og/eller utvidelse av interkommunale legevaktsamarbeid (IKL-samarbeid). Formålet med stønadsordningen er å heve kvaliteten på kommunal legevakt, og å bidra til rekruttering og stabilitet av leger i mindre kommuner/distriktskommuner. Helsedirektoratet mottok få søknader om tilskudd i 2009 i forhold til 26 søknader mottatt i 2008. Det foreslås at tilskuddet videreføres med 3 mill. kroner i 2010.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (Nsdm) ble etablert permanent i 2007 i tilknytning til Universitetet i Tromsø. Senteret har som hovedopp-

gave å bidra til likeverdige og stabile lege-/helsetjenester med fokus på kommunesamarbeid og faglig opprustning av primærhelsetjenesten i distriktskommuner. Senteret driver forskning, fagutvikling, undervisning og rådgivning knyttet til distriktsmedisinske forhold. Det arbeides med omlegging av medisinutdanningen i Tromsø med sikte på økt rekruttering til allmennpraksis generelt og distriktstjeneste spesielt. Tilskuddet til senteret foreslås videreført i 2010.

Data fra fastlegerutinen i Helsedirektoratet/Helfo (tidligere RTV og Arbeids- og velferdsdirektoratet) tilrettelegges for forskere av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Det gis tilskudd til formålet i forlengelsen av den forskningsbaserte evalueringen av fastlegeordningen.

Departementet har gitt direktoratet i oppdrag å etablere et datasett med systematisert informasjon om aktivitet i allmennlegetjenesten basert på eksisterende kilder i løpet av 2009. Departementet vil eventuelt komme tilbake til behovet for å opprette et sentralt helseregister fra allmennlege-/primærhelsetjenesten på et senere tidspunkt. Det vises til omtale under kap. 782 Helseregistre.

Helsetjenester til samisk befolkning

Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til likeverdige helsetjenester til samisk befolkning. Formålet er også å bidra til at slike tjenester er kunnskapsbaserte.

I 2008 ble det gitt tilskudd til ulike aktiviteter knyttet til helsetjenester til den samiske befolkning, herunder bl.a. tilskudd til Sametinget, til Senter for samisk helseforskning og til finsk-norsk grensesamarbeid. Tilskuddene er videreført i 2009 med om lag 13,6 mill. kroner. Helsedirektoratet arbeider for å fremme samisk språk og kulturkompetanse gjennom rådgivning og nettverksvirksomhet mot kommuner, helseforetak, fylkesmenn, utdanningsinstitusjoner og andre aktører med en rolle i helsetjenesten. Departementet tar sikte på en gjennomgang av tilskuddsordningen som forvaltes av Sametinget i løpet av 2010. Tilskuddene foreslås videreført i 2010. Det vises for øvrig til Arbeids- og inkluderingsdepartementets vedlegg til statsbudsjettet som omhandler bevilgninger til samiske formål.

Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn

Formålet med tilskuddet er å bidra til likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av etnisitet.

Nær 10 pst. av befolkningen i Norge har enten innvandret selv eller er født i Norge med innvandrerforeldre. Migrasjon utfordrer samfunnet, gir nye muligheter og bidrar til mangfold og endring. Helse- og omsorgssektoren står overfor utfordringer i årene som kommer i forbindelse med å sikre likeverdige helsetjenester av god kvalitet til en flerkulturell befolkning. Utfordringene er særlig knyttet til den store økningen av antall asylsøkere og flyktninger og til økt arbeidsinnvandring. Helseutfordringene dreier seg både om individuelle forhold mellom den enkelte pasient og behandler (inkludert behov for tolketjeneste) og om organisering av helsetjenesten.

Helsedirektoratets utviklingstrekkrapport for 2009 omhandler migrasjon, helse og levekår. Rapporten beskriver helserelaterte forhold og peker på framtidige utfordringer. Departementet vil i samarbeid med direktoratet vurdere aktuell oppfølging av forslagene i rapporten. Helsedirektoratet administrerer Forum for sosial- og helsetjenester ved migrasjon (Sohemi), som vil ha en viktig rolle i oppfølging av forslagene i rapporten.

Tilskudd til formålet foreslås videreført i 2010.

Merknader til budsjettforslaget

Posten foreslås økt med 4 mill. kroner til allmennmedisinske forskningsenheter, mot at kap. 764, post 72 reduseres tilsvarende.

Post 71 Frivillig arbeid mv.

Bevilgningen ytes i all hovedsak som driftstilskudd til Norsk Pasientforening og Landsforeningen uventet barnedød. Norsk Pasientforening skal sikre at pasienter får informasjon og praktisk hjelp med hensyn til rettigheter og erstatning. Foreningen er uavhengig og frittstående, yter gratis hjelp, veiledning og råd til pasienter og pårørende, og bidrar også til å føre en sak gjennom de offentlige klageorganene. Foreningen skal også være et kompetansesenter for pasientrettigheter. Videre er målet med ordningen å fremme forskning og informasjon rundt uventet barnedød, og å sikre foreldre og pårørende oppfølging etter uventet barnedød. Landsforeningen uventet barnedød er en forening til felles støtte for dem som mister sitt barn plutselig og uventet. Foreningen utarbeider og sprer informasjonsmateriell, tildeler forskningsmidler og gir tilbud om støtte og omsorg til foreldre som har mistet et barn. Bevilgningen var i 2008 på 5,8 mill. kroner og ble videreført i 2009. Tilskuddene foreslås videreført i 2010.

Post 73 Forebygging av uønskede svangerskap og abort

I 2008 ble det bevilget 24,5 mill. kroner til oppfølging av handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort, hjelpetelefonene og til kompetanse- og utviklingstiltak. Helsedirektoratet har ansvar for oppfølging av tiltakene i handlingsplanen og for hjelpetelefonene.

Det ble i 2008 utført vel 16 000 svangerskapsavbrudd. Dette gir en abortrate på 14,5 per 1 000 kvinner i alderen 15–49 år. Abortraten blant tenåringer i alderen 19 år og yngre var 18 i 2008 mot 17 i 2007. Abortraten var høyest i aldersgruppen 20–24 år med en rate på 30,6 mot 29,5 per 1 000 kvinner i 2007.

Helsedirektoratet arbeider med en ny handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort. Planen skal gjelde for perioden 2009-2014 og har som hovedmål at abortraten i aldersgruppen 15-49 år skal reduseres.

De nasjonale og lokale strategiene og tiltakene i det abortforebyggende arbeidet legger hovedvekt på å styrke seksuell autonomi og mestringskompetanse hos barn, ungdom og unge voksne. Helsestasjon for ungdom er en viktig aktør i dette arbeidet. Det finnes helsestasjoner for ungdom i 350 av landets kommuner, og som når ut til 91 pst. av landets ungdom. Helsedirektoratet har bidratt til Utdanningsdirektoratets materiell til bruk i skolen, om samliv og seksualitet. Landsdekkende informasjons- og rådgivningstiltak for ungdom videreføres. Sentralt i arbeidet står forebygging av klamydiainfeksjoner, tilgjengelighet og bruk av kondomer. Antall diagnostiserte klamydiatilfeller har økt og tiltakene foreslås videreført.

Det har vært en økning i bruken av internetthelsestasjonen www.klara.klok.no. Det ble registrert om lag 1,1 mill. besøk på nettsiden i 2008, noe som er en økning på 7,4 pst. fra 2007.

Det ble i 2008 gitt tilskudd til hjelpetelefonene som drives av Senter for ungdom, samliv og seksualitet (Suss).

Helsedirektoratet har foretatt en vurdering av spørsmålet om å utvide jordmødres og helsesøsteres rett til å forskrive hormonelle prevensjonsmidler, jf. flertallsmerknaden i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2006–2007). Direktoratet anbefaler at rekvireringsretten utvides til alle kvinner i fertil alder. Departementet vil følge opp anbefalingene på egnet måte.

Det gjennomføres i perioden 2007–2009 et forsøk med gratis hormonell prevensjon til kvinner i aldersgruppen 20–24 år. Hensikten med forsøket er å se om tiltaket kan bidra til nedgang i abortraten.

I 2008 ble det gjennomført evaluering av arbeidet for å forebygge uønsket svangerskap og abort. Konklusjonen viser at det fortsatt er store utfordringer på området.

Det foreslås at midler til forebygging av uønsket svangerskap og abort videreføres.

Post 74 Stiftelsen Amathea

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

Ifølge årsrapporten for 2008 har Amathea veiledningskontorer i 17 av landets 19 fylker. I 2008 var det 29 veiledere som utførte til sammen 24 årsverk. Stiftelsen hadde 9 898 konsultasjoner i 2008, det vil si en økning på 23,4 pst. sammenlignet med 2007. Det foreligger ikke oversikt over antall brukere som har vært til konsultasjon, men enkelte brukere konsulterer stiftelsen flere ganger. Det er også noen som konsulterer offentlig helsetjeneste i tillegg til Amathea.

Amathea er i hovedsak finansiert over statsbudsjettet. Tilskudd fra fylker/helseforetak og kommuner utgjorde om lag 3,5 mill. kroner i 2008, og private gaver utgjorde vel 1,8 mill. kroner. Stiftelsen fikk i 2008 et ekstraordinært tilskudd på 2,3 mill. kroner for å kompensere for bortfall av momskompensasjon og økte utgifter knyttet til oppgradering av IKT-system. Forutsetningen for tildelingen var at stiftelsen i 2009 tilpasser driften til en ny økonomisk situasjon uten momskompensasjon og reduserte tilskudd fra staten. Tilskuddet foreslås videreført med 15,465 mill. kroner i 2010.

Kap. 763 Rustiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 71*			63 500
61	Kommunalt rusarbeid, *kan overføres*			323 088
71	Frivillig arbeid mv., *kan overføres, kan nyttes under post 21*			160 421
72	Kompetansesentra mv.			95 887
	Sum kap. 763			642 896

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er
- 62,5 mill. kroner flyttet fra kap. 761, post 21 til kap. 763, post 21
- bevilgningen på kap. 761, post 63 flyttet til kap. 763, post 61
- bevilgningen på kap. 761, post 70 flyttet til kap. 763, post 71
- bevilgningen på kap. 761, post 77 flyttet til kap. 763, post 72

Innledning

Regjeringens rusmiddelpolitikk har som overordnet mål å redusere de negative konsekvensene av rusmiddelbruk for enkeltpersoner og for samfunnet. Målet for den forebyggende politikken er å begrense skadelig bruk av rusmidler, utsette debutalder og fange opp utsatte grupper og enkeltpersoner på et tidlig stadium. Overordnet mål for tjenestene til personer med rusmiddelproblemer er å sikre bedre og mer tilgjengelige tjenester og fremme inkludering.

Personer som står i fare for å utvikle eller har utviklet rusmiddelproblemer har ofte behov for sammensatte tjenester over tid. Mange har somatiske og psykiske lidelser i tillegg til rusmiddelproblemer. For å gi disse menneskene gode tilbud, er det derfor nødvendig å ha tjenester som spenner fra forebygging, via primærhelsetjenester, sosialtjenester og omsorgstjenester, til spesialisthelsetjenester.

Rusmiddelpolitikken er sektorovergripende og krever samarbeid på tvers av departements- og etatsgrenser. De mest berørte departementer er Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet, Justisdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Kunnskapsdepartementet, Samferdselsdepartementet og Finansdepartementet.

Norge har også et bredt internasjonalt engasjement på alkohol- og narkotikaområdet. For å forebygge narkotikaproblemer i Norge er det viktig med et forpliktende internasjonalt samarbeid, som retter seg mot hele distribusjonskjeden fra produksjon til bruk. For å målrette den norske innsatsen er det utarbeidet et posisjonsnotat om norsk narkotikapolitikk i internasjonale fora og på bakgrunn av dette vil det også bli utarbeidet en strategi for det internasjonale narkotikaarbeidet.

Regjeringen har styrket innsatsen overfor de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige. Stiftelsen Kirkens Bymisjon har med støtte fra regjeringen i 2009 startet et nytt døgnåpent helse- og omsorgstilbud i Oslo og et utvidet lavterskeltilbud i Bergen. Frelsesarmeen har åpnet en egen kvinneavdeling med Gatehospitalet i Oslo. Regjeringen har gitt støtte til etablering av en ny rusakutt i Oslo som starter opp i 2009 og en rusakutt i Bergen. Samtidig er behandlingskapasiteten i spesialisthelsetjenesten økt.

Regjeringen har nedsatt et offentlig utvalg som skal vurdere hvordan de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige kan få bedre hjelp. Målet er å komme fram til forslag som kan bidra til bedre helse, sosial inkludering, mestring og opplevelse av menneskeverd for de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige, samt å redusere omfanget av kriminalitet og prostitusjon. Utvalget skal også vurdere om heroinstøttet behandling kan være en del av tilbudet. Utvalget ledes av Thorvald Stoltenberg og innstilling skal foreligge sommeren 2010.

Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har sendt på høring forslag til forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og utkast til faglige retningslinjer for medikamentell behandling og rehabilitering av opiatavhengige. Forslaget innebærer at LAR i større grad bli regulert som øvrig helsetjeneste, hvor det er faglige og individuelle vurderinger av pasientens behov som skal være avgjørende for tilgangen til LAR. Det foreslåtte regelverket vil også gjøre det mulig å gi et mer tilgjengelig tilbud til utsatte og sårbare brukere som har vanskelig for å oppsøke ordinære tjenester.

Kap.763 Rustiltak omfatter både en samlet oversikt over regjeringens satsing på rusfeltet, med utgangspunkt i opptrappingsplanen for rusfeltet og deretter en nærmere omtale av satsingen innenfor de kommunale tjenestene. For en nærmere omtale av satsingen på folkehelsearbeidet vises det til kap. 718 og for satsingen innen spesialisthelsetjenesten på kap. 732. Det vises også til omtale under kap. 764 Psykisk helse og kap. 716 Statens institutt for rusmiddelforskning.

Opptrappingsplan for rusfeltet

Opptrappingsplanen, som avsluttes i 2010, har fem hovedmål:

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

Satsingene på rusfeltet må ses i sammenheng med bl.a. innsatsen for å forebygge fattigdom, innsatsen for å redusere bostedsløshet og satsingen på psykisk helse.

En samlet oversikt over bevilgninger til opptrappingsplanen er gitt i tabell 5.17. Planen har 147 tiltak innen forebygging, behandling, rehabilitering, forskning og kompetansebygging på rusfeltet og den omfatter tiltak innen ulike fagsektorer. I juni 2009 var nesten 80 pst. av tiltakene igangsatt. Helsedirektoratet følger framdriften nøye og har utgitt rapport om oppfølgingen av planen. I perioden 2006 til 2009 er det bevilget 685 mill. kroner til tiltak innen rusfeltet. Det foreslås at rusfeltet styrkes med 150 mill. kroner i 2010. Bevilgningsnivået er dermed økt med 835 mill. kroner sammenlignet med 2005. I tillegg kommer de bevilgninger som er tilført rusfeltet gjennom styrkingen av spesialisthelsetjenesten og kommunene i perioden.

Tabell 5.17 Opptrapping av rusfeltet 2006–2010 (i mill. kroner)

År	Opptrapping	Sum bevilgning
2006	140	140
2007	120	260
2008	125	385
2009	300	685
2010	150	835

Tydelig folkehelseperspektiv

Et folkehelseperspektiv i rusmiddelpolitikken er avgjørende. Alkohol er det rusmiddelet som forårsaker de største skadene, både sosialt og helsemessig. Befolkningsrettede, regulatoriske tiltak som aldersgrenser, begrensede salgs- og skjenketider og monopolordning har en dokumentert effekt på forbruket. En restriktiv alkoholpolitikk rettet mot hele befolkningen skal opprettholdes. Det er anslått at det finnes mellom 66 500 og 123 000 mennesker med et risikofylt forbruk av alkohol i Norge (SIRUS).

En bedre forvaltning av alkoholloven skal bidra til sterkere oppslutning om den helhetlige alkoholpolitikken. Helsedirektoratet har utarbeidet en håndbok i alkoholloven som et ledd i å styrke kommunenes kompetanse, og har også igangsatt et pilotprosjekt for å styrke kvaliteten på kommunenes kontroll av skjenkesteder med kommunal bevilling. Det skal vurderes tiltak for å effektivisere kontrollen med skjenkebevillinger, herunder muligheten for raskere og strengere reaksjoner ved overskjenking og skjenking til mindreårige. Helsedirektoratet gjennomfører også informasjonskampanjer og diverse holdningsskapende arbeid.

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å stimulere til økt engasjement og bevisstgjøring om rusforebygging i kommunene og deler derfor ut Ungdommens forebyggingspris. I 2008 fikk Karmøy kommune prisen, etter å ha utmerket seg i å involvere barn og unge i utformingen og gjennomføringen av rusforebygging.

Bedre kvalitet og økt kompetanse

Gjennom Opptrappingsplanen skal forskning og undervisning om rusmiddelproblematikk styrkes. Det er etablert et eget rusmiddelforskningsprogram (2007–2011) under Norges forskningsråd. Et nytt forskningssenter ved Universitetet i Oslo, Senter for rus- og avhengighetsstudier (Seraf) er etablert som en del av forskningsprogrammet. Seraf skal i tillegg til å være knutepunkt for klinikknær forskning i Norge, ha en ledende nasjonal rolle som nettverksbygger for denne type forskning.

De syv regionale kompetansesentrene – rus og fylkesmennene har oppgaver knyttet til å spre kompetanse og bidra med fagutvikling overfor kommuner, spesialisthelsetjenesten, kriminalomsorgen og utdanningsinstitusjoner. For å målrette aktivitetene i tråd med samarbeidspartnernes behov, er det lagt opp til regionale og fylkesvise rusfora der kompetansesentrene, Fylkesmannen, kommunene, og de regionale helseforetakene

samarbeider. Sentrene skal også sikre brukermedvirkning.

Det gis tilskudd til kompetanseutvikling for sosial- og helsepersonell og ansatte i kriminalomsorgen. Fra 2008 er ordningen med egne rusrådgivere ved alle fylkesmannsembeter etablert.

Tverrfaglig spesialisert behandling inngår nå i Norsk pasientregister. Registeret gir sammenlignbare data om ventelister og aktivitetstall. Det er også startet et særskilt arbeid for å utvikle bedre statistikk og styringsinformasjon om behov og ressursbruk på rusfeltet. Blant annet skal IPLOS bidra til bedre data om bruk av tjenester i kommunene.

Helsedirektoratet har utarbeidet flere veiledere og retningslinjer for rusfeltet, blant annet veilederen Fra bekymring til handling, som skal hjelpe ansatte å gripe inn tidligere ved mistanke om rusproblemer, og veileder for vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Direktoratet er videre i gang med å utarbeide retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering, retningslinjer for oppfølging av gravide i legemiddelassistert rehabilitering og deres barn fram til skolealder, samt retningslinjer for kartlegging, behandling og oppfølging av pasienter med samtidige psykiske lidelser og ruslidelser, samt en veileder for forebyggende arbeid i skolen. Veilederne/retningslinjene vil være tilgjengelig for fagfeltet i 2010.

Mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering

Opptrappingsplanen skal bidra til å styrke tilbudet til rusmiddelavhengige og vil understøtte regjeringens arbeid med samhandlingsreformen. Brukerne skal få tjenester preget av kvalitet, nærhet og helhet.

Tilskuddsordningen til kommunalt rusarbeid er styrket betydelig de siste årene, og er i 2009 på 258 mill. kroner. Hensikten er å stimulere til økt innsats og mer treffsikre tilbud i kommunene. Over 200 kommuner inngår i statlige tilskuddsordninger. Det er økt vektlegging av individuell oppfølging og rehabilitering, samt tilbud til de mest hjelpetrengende. Samtidig er innsatsen med tidlig intervensjon overfor personer som har høy risiko for å utvikle rusmiddelproblemer styrket, blant annet gjennom Helsedirektoratets veileder Fra bekymring til handling. I tillegg gis det om lag 130 mill. kroner til ulike ideelle virksomheter og brukerorganisasjoner til tiltak overfor rusmiddelavhengige.

Gjennom økte bevilgninger og omdisponeringer innen de regionale helseforetakene, er kapasiteten økt og kvaliteten innen tverrfaglig spesialisert behandling betydelig styrket. Alle de regionale helseforetakene har også utarbeidet egne regionale planer der de langsiktige, overordnede målene for tjenestene og organiseringen av disse, er nærmere omtalt. Tall fra Norsk pasientregister viser at det var 17 pst. økning i antall nyhenviste til tverrfaglig spesialisert behandling i 2008 sammenliknet med 2007. Aldri tidligere har det vært gjennomført så mange polikliniske samtaler som i 2007 – en økning på om lag 25 pst. fra 2006 til 2007.

Tilbudet til barn og unge er styrket, blant annet er det innført en ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet.

Tilbudet til innsatte og domfelte med rusmiddelproblemer som har behov for behandling og rehabilitering er styrket. Kriminalomsorgen har utarbeidet en helhetlig russtrategi for 2008–2011. Det vil i løpet av 2009 bli etablert rusmestringsenheter i 9 fengsler, og det er planer for 3 nye i 2010. Prøveordningen Narkotikaprogram med domstolskontroll er besluttet forlenget til 2011 i Oslo og Bergen. Programmet er under evaluering.

Forpliktende samhandling

I 2009 er det igangsatt en forsøksordning med koordinerende tillitspersoner og det gis individuell oppfølging i kommunene. De regionale kompetansesentrene – rus har tverrfaglige prosjekter innen metode- og kvalitetsutvikling med vekt på gjensidig kompetanseoverføring.

Det er et mål å øke bruken av kommunenettverk for å legge til rette for erfaringsoverføring mellom kommuner. Blant annet gjennom Flink med folk i første rekke i regi av KS er det startet nettverk hvor arbeid med rusmiddelproblematikken og psykisk helse inngår. I regi av den nasjonale strategien På vei til egen bolig (2005–2007) er det etablert 18 kommunenettverk. Alle Husbankens regionkontor har nettverk i drift og vil videreføre disse som en del av arbeidet med å forebygge og bekjempe bostedsløshet.

Praksiskonsulentordningen for leger er viktig for å optimalisere pasientforløp og bedre samhandlingen på tvers av fag og nivåer.

Bruken av individuell plan skal økes for å bidra til mer samordnende tjenester. Helsedirektoratet har utgitt et tipshefte som blant annet synliggjør betydningen av individuell plan for personer med rusmiddelavhengighet. Det er iverksatt en rekke prosjekter for å styrke bruken av individuell plan overfor målgruppene, f. eks. gjennom kompetansesenter - rus Nord- Norge og www.kommunetorget.no. Rusrådgiverne hos fylkesmennene skal også ha særlig oppmerksomhet på å bidra til at kommunene øker bruken av individuell plan.

Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretakelse av barn og pårørende

Helsedirektoratet har inngått et samarbeid med Norsk selvhjelpsforum for å kartlegge, beskrive og utvikle selvhjelp som metode og verktøy i rusfeltet.

For å kunne gi langsiktig hjelp ble det i 2007 startet opp en flerårig satsing for å identifisere og følge opp barn av foreldre med nedsatt omsorgsevne på grunn av sykdom. Formålet er å gi barn tidligere hjelp, styrke veiledning og kompetanseheving i tjenestene, gi langsiktig oppfølgning av barn, øke forskningsaktiviteten, spre erfaringer og stimulere frivillige organisasjoner til tiltak. Det legges vekt på tiltak som kommer barna direkte til gode, jf. omtale under kap. 781, post 79, Barn som pårørende.

Stortinget har i 2009 vedtatt endringer i helsepersonelloven som gir helsepersonell plikt til å bidra til at barna oppdages tidligere og får tilbud om nødvendig oppfølging. Dette styrker rettsstillingen for barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig syke eller skadde foreldre. Det tas sikte på at lovendringene kan tre i kraft fra 2010, jf. omtale av anmodningsvedtak under. Helsedirektoratet skal i forbindelse med lovendringen utarbeide en veileder for helsetjenesten.

Plan for brukermedvirkning relatert til barn og unges psykiske helse vil bli ferdigstilt av Helsedirektoratet innen utgangen av 2009.

Budsjettforslag 2010

For å sikre gjennomføring av Opptrappingsplanen for rusfeltet foreslås det samlet 150 mill. kroner til styrking av planen i 2010, fordelt med 84 mill. kroner til kommunale tjenester og tiltak drevet av ideelle organisasjoner, 42 mill. kroner til tverrfaglig spesialisert behandling (inkludert LAR), 19 mill. kroner til forebyggingstiltak og 5 mill. kroner til forskning og evaluering. Se tabell 5.18.

2010 er siste år av Opptrappingsplanen for rusfeltet. Dette budsjettforslaget legger til rette for at tilnærmet alle tiltakene i planen skal være igangsatt i løpet av 2010. Noen av tiltakene vil være fullført, andre vil kreve langsiktig oppfølging.

Etter opptrappingsplanens utløp 2010 vil det fortsatt være behov for å utvikle og styrke tjenestene både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Stortinget har vedtatt å be regjeringen fremme forslag til en sterkere satsing på helhetlig rusbehandling og oppfølging (vedtak nr. 478 av 16. juni 2009).

Erfaringene fra Opptrappingsplanen for psykisk helse viser at det var nødvendig å sette konkrete mål for dimensjonering, organisering og struktur på tjenestene. Basert på Stortingets behandling av St.meld. nr. 47 (2008-2009), vil departementet legge fram forslag om en planmessig utvikling av det samlede tjenestetilbudet til rusmiddelavhengige. Det er viktig at også frivillige organisasjoner, bruker- og pårørendeorganisasjoner og andre berørte offentlige instanser blir trukket inn i arbeidet.

Tabell 5.18 Styrking i 2010 av opptrappingsplanen for rusfeltet. Fordeling på kapittel og post (i mill. kroner). Det vises til de nevnte kapitler og poster for nærmere omtale.

Tiltak	Kapittel	Post	Beløp
Styrking av rusmiddelforskningsprogram i Norges forskningsråd	780	50	2
Kartlegging av forekomst og virkninger av rusmidler i samfunnet, Folkehelseinstituttet	710	01	1
Utvikling av tjenesteforskningsportefølje, SIRUS	716	01	1
Styrket informasjonsarbeid om alkoholfritt svangerskap og andre forebyggende tiltak	718	21	6
Tidlig intervensjon og mini-intervensjoner	718	21	5
Kommunale rusforebyggingskoordinatorer	718	63	8
Tverrfaglig spesialisert behandling, herunder ambulante team	732	70	33
Legemiddelassistert rehabilitering (9 mill. kroner)	732	72-75	5,4
– Refusjon poliklinikk – LAR	732	77	1,8
– Egenandelstak 1 – LAR	2752	70	0,9
– Allmennlegehjelp – LAR	2755	70	0,9

Tabell 5.18 Styrking i 2010 av opptrappingsplanen for rusfeltet. Fordeling på kapittel og post (i mill. kroner). Det vises til de nevnte kapitler og poster for nærmere omtale.

Tiltak	Kapittel	Post	Beløp
Samlet gjennomgang av opptrappingsplanen	763	21	1
Kommunale tjenester, økt kapasitet	763	61	59
24SJU (Stiftelsen Kirkens Bymisjon)	763	71	25
Sum			150

Utfordringer i det kommunale rusarbeidet

Godt kommunalt rusarbeid krever tverrfaglig og tverretatlig samarbeid og samarbeid med frivillig sektor. Å ha god psykisk og fysisk helse, en stabil og trygg bosituasjon, sikker inntekt, mulighet for deltakelse i arbeid/ utdanning og meningsfulle aktiviteter sammen med andre bidrar til sosial inkludering og fremmer mestring for den enkelte. Kommunene må se innsatsen på rusområdet i sammenheng med kvalifiseringsprogrammet i NAV, psykisk helsearbeid, barnevernsarbeid, boligsosialt arbeid og pleie- og omsorgstjenestene, samt innsatsen innen folkehelse- og forebyggingsarbeid. Helsedirektoratets veileder Fra bekymring til handling om tidlig intervensjon bør gjøres kjent i alle deler av kommunen, blant annet i barnehager og skoler.

Helse- og omsorgsdepartementet vil styrke dialogen med kommunene gjennom KS og samarbeide med fylkesmannen om de sammensatte utfordringene på rusområdet. Innsatsen må samordnes for at mennesker med rusmiddelproblemer skal få et bedre tilbud i kommunene og en bedre sosial- og helsemessig situasjon.

Statens helsetilsyn har i sitt landsomfattende tilsyn med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmisbrukere (4/2005) påpekt store mangler i kommunenes tilbud. I systemrevisjoner som Helsetilsynet i fylket har gjennomfører i 2009 avdekkes blant annet at internkontrollforskriften i mange tilfeller ikke etterleves, med den konsekvens at brukerne ikke får vedtak for tjenester og at lovpålagte tiltak som individuell plan ikke er iverksatt. Manglende samhandling bidrar til at brukerne ikke får et helhetlig hjelpetilbud, og verken den enkelte eller samfunnet får tilstrekkelig effekt av de ulike instansers innsats.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 478, 16. juni 2009:

> «Stortinget ber Regjeringen i forbindelse med statsbudsjettet for 2010 fremme forslag om en sterkere satsing på helhetlig rusbehandling og oppfølging. »

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok nr. 8:79 (2008-2009), jf. Innst. S. nr. 323 (2008-2009).

Den 19. juni 2009 la regjeringen fram et forslag til samhandlingsreform jf. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformens mål er mer koordinerte helse- og omsorgstjenester og en større innsats for å forebygge og begrense sykdom. De mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige er en pasientgruppe som fokuseres i arbeidet. Basert på Stortingets behandling av St.meld. nr. 47 (2008-2009), vil departementet følge opp anmodningsvedtaket som del av samhandlingsreformen. I tillegg vises det til det løpende arbeidet for å styrke tjenestenes kapasitet og kvalitet som skjer knyttet til regjeringens Opptrappingsplan for rusfeltet 2007-2010.

Vedtak nr. 487, 16. juni 2009:

> «Stortinget ber Regjeringen arrangere en konsensuskonferanse, der representanter fra både fagmiljø og brukerorganisasjoner drøfter faglige, etiske og prioriteringsmessige sider av forslaget om å tilby heroinassistert behandling for rusmiddelavhengige i Norge.»

Vedtaket ble truffet ved behandling av Dok. nr. 8:93 (2008-2009), jf. Innst. S. nr. 326 (2008-2009).

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at Stoltenbergutvalget har som mandat å utrede tiltak overfor de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige, herunder spørsmålet om heroinassistert behandling. Utvalget er bedt om å sikre seg at berørte parter får komme med innspill til utvalgets arbeid. Departementet vil komme tilbake til anmodningsvedtaket i sammenheng med oppfølgingen av utvalgets innstilling.

Vedtak nr. 125, 6. desember 2006

> «Stortinget ber Regjeringen vurdere lovfesting eller regelfesting knyttet til behovene til pårø-

rende, barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige innen rus- og psykiatritjenestene og komme tilbake til Stortinget på en egnet måte

Lov om endringar i helsepersonelloven m.m. (oppfølging av born som pårørande) ble fattet av Lagtinget 18. juni 2009. Vedtaket er gjort etter forslag i en odelstingsproposisjon til Stortinget om samme emne, jf. Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) og Innst. O. nr. 123 (2008-2009) fra Stortingets helse- og omsorgskomité. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide et rundskriv om det nye regelverket, og departementet tar sikte på at lovendringene kan tre i kraft i 2010.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker tilskudd til kompetanse og kvalitetsutvikling i regi av Fylkesmannen og Helsedirektoratet og skal bidra til å gi personer med rusmiddelproblemer et bedre kommunalt tjenestetilbud. Bevilgningen ses i sammenheng med tilskudd til kommunale rustiltak (kap. 763, post 61), frivillig rusarbeid (kap. 763, post 71) og kompetansesentre mv. (kap. 763, post 72).

Resultatrapportering 2008/2009

Samlet er det i opptrappingsplanperioden bevilget 62 mill. kroner til kvalitets- og kompetansetiltak over kap. 763, post 21, samt 7 mill. kroner til tiltak over kap. 763, post 72.

I 2008-2009 er følgende tiltak igangsatt eller gjennomført:

- Etablering av ordningen med rusrådgivere ved fylkesmannsembetene for å styrke statlig samordning av rusfeltet overfor kommunene.
- Tiltak for å fremskaffe bedre dokumentasjon og statistikk.
- Tilskudd er gitt til delfinansiering i videreutdanning og til ulike kurs – og kompetansetiltak.
- Arbeidet for å styrke brukermedvirkning og pårørendeperspektivet i rusfeltet er igangsatt.
- Tiltak for systematisk styrking av legers kompetanse om rusproblematikk.
- Tilskudd til Stiftelsen Kirkens Bymisjons tiltak 24SJU finansieres delvis over denne posten i 2009 som et tiltak for å styrke samhandling (se omtale kap. 763, post 71).

Evalueringer

Det er igangsatt flere evalueringer av tilskuddsordninger og tjenester på rusområdet. Resultatene av evalueringene er viktige bidrag i arbeidet med å videreutvikle innretningen av statlige tilskudd og styrkingen av kvaliteten og kunnskapen i rusfeltet. Status for de ulike evalueringene er slik:

- Evaluering av tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke, avsluttes i 2010.
- Evaluering av tilskudd til frivillig arbeid på rusfeltet, avsluttes i 2010.
- Evaluering av tilskudd til kommunale rustiltak; styrking av kommunenes helhetlige oppfølging av rusmiddelavhengige – STYRK og tilskuddsordningen knyttet til den kommunale oppfølgingen av pasienter i legemiddelassistert rehabilitering - LAR, avsluttes i 2010.
- Evaluering av lavterskel helsetiltak for rusmiddelavhengige ble avsluttet i 2008.
- Følgeevaluering av forsøket med koordinerende tillitspersoner avsluttes i 2011.
- Kartlegging av det fylkeskommunale tannhelsetilbudet til personer med rusmiddelproblemer ferdigstilles i 2009. Se for øvrig kategoriomtalen under programområde 10.70.

Budsjettforslag 2010

Som oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008 – 2009), Samhandlingsreformen vil innsatsen for å styrke kompetanse om samhandlingsutfordringene bli prioritert i 2010. Det videreføres 5 mill. kroner på posten som foreslås brukt til å utvikle og spre kompetanse på koordinerte og helhetlige tjenester til psykisk syke og eller rusmiddelavhengige. Det skal legges vekt på tverrfaglighet, samarbeid mellom helse- og omsorgsjenesten og andre sektorer av betydning, og brukermedvirkning. Utvikling av individuell plan som verktøy for å oppnå helhetlige og koordinerte tjenester vil være sentralt.

Det foreslås 1 mill. kroner til en sluttrapport for Opptrappingsplanen der målet er å oppsummere resultater og vurdere de ulike virkemidlene som er benyttet.

Merknader til budsjettforslaget

Som en del av Opptrappingsplanen for rusfeltet foreslås det å styrke bevilgningen med 1 mill. kroner.

Post 61 Kommunalt rusarbeid

Formålet med bevilgningen har fram til nå vært å bidra til kvalitets- og metodeutvikling i kommunalt rusarbeid slik at kommunene kan styrke tilbudet og utvikle tjenester som er tilgjengelige, sammenhengende, helhetlige og individuelt tilpasset.

Tilskuddene til kommunalt rusarbeid må ses i sammenheng med tiltak for å styrke kvalitets- og kompetanseutvikling, se kap. 763, post 21 og kap.

763, post 72 samt tilskudd til frivillig rusarbeid, se kap. 763, post 71.

Resultatrapportering 2008/2009

For 2009 ble tilskudd til kommunalt rusmiddelarbeid styrket med 60 mill. kroner og bevilgningen utgjør til sammen 258 mill. kroner. Over 200 kommuner mottar tilskudd over ordningen i 2009. Helsedirektoratet har samarbeidet med fylkesmannsembetene om fordelingen av tilskudd.

Koordinerende tillitsperson

Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til at mennesker med rusmiddelproblemer får et mer tilgjengelig, helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud for å fremme økt sosial inkludering og livsmestring for den enkelte. Forsøket skal også bidra til å øke bruken av individuell plan. Det legges vekt på metodeutvikling og bruk av oppsøkende og brukernære arbeidsmåter hvor tjenestene også ytes i situasjoner knyttet til brukernes daglige aktiviteter, og ikke avgrenset til at brukeren oppsøker offentlige kontorer. I 2008 ble 19,3 mill. kroner tildelt deltagerkommuner. 23 mill. kroner er satt av til ordningen i 2009. 30 kommuner deltar i pilotprosjektet.

Styrking av oppfølgingstjenester.

Tilskuddsordningen STYRK – styrking av kommunenes tjenestetilbud for personer med rusmiddelproblemer, fokuserer på unge i risikosonen, og personer med behov for oppfølging før, under og etter opphold i institusjon eller fengsel. Målet er tett individuell oppfølging, brukernære tjenester (oppsøkende/ambulant) og samhandling på tvers av fagområder, etater og tjenestenivåer. Flere tiltak bygger på interkommunale samarbeidsløsninger. I 2008 ble det fordelt 55,7 mill. kroner til 126 tiltak. For 2009 er det blant annet bevilget 8,2 mill. kroner til Bergen kommune til et samarbeid med Helse Bergen HF om etablering av en rusakutt.

Kommunalt LAR-arbeid

Evalueringen av LAR (2004) viste at det er behov for bedre rehabiliteringstilbud i kommunene for LAR deltakere. Det ble derfor etablert en særskilt tilskuddsordning for å styrke oppfølgingstilbudet i kommuner med mange LAR- deltakere. Innsatsen skal bidra til å fremme LAR- pasienters livsmestring knyttet til helse, bolig, arbeid og fritid. Helsedirektoratet fordelte i 2008 om lag 50 mill. kroner til LAR-tiltak i 48 kommuner og bydeler, som omfatter oppfølging av om lag 2 600 LAR-pasienter. For 2009 har 54 kommuner fått tilsagn om tilskudd. Som et bidrag til å heve den metodiske kvaliteten har Helsedirektoratet utarbeidet et forslag til faglige retningslinjer for LAR- arbeidet. Det er lagt opp til at retningslinjene vil få virkning fra og med 2010. Se kap. 732 om tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Lavterskel helsetiltak.

Tilskuddet skal rettes mot tiltak for mennesker med omfattende rusmiddelavhengighet, som i liten grad selv oppsøker eller oppsøkes av tjenesteapparatet. Det skal tilbys tilgjengelige, skadereduserende tiltak som sprøyteutdeling- og retur, sårstell, vaksinering, tannhelsetiltak, samtale/veiledning, ernæring, videreformidling til andre tjenester mv. Målet er å bidra til bedret helsetilstand og livssituasjon, samt redusere faren for overdoser. Flere kommuner driver tiltakene i samarbeid med frivillige organisasjoner. For 2008 er det fordelt 53 mill. kroner, inkludert 5 mill. kroner til lavterskel tannhelsetiltak. Det er stor bredde og variasjon i tiltakene som for eksempel feltsykepleie, oppsøkende virksomhet, væresteder og særskilte tilbud til kvinner. De fleste tiltakene har tilknyttet legetjeneste. Det ble ferdigstilt en evaluering av lavterskel helsetiltak for rusmiddelavhengige i 2008 (Sintef). Evalueringen viste blant annet at de fleste av tiltakene er integrert i den ordinære helse- og sosialtjenesten.

Forsøk med sprøyterom

Stortinget har vedtatt å gjøre den midlertidige loven om sprøyterom permanent fra 2010. Oslo kommune har hatt betydelige utgifter knyttet til forsøk med sprøyterom i 5 år. Mange av aktivitetene er i samsvar med tilbud som gis i lavterskel helsetiltak, som sprøyteutdeling og helsehjelp. Det foreslås derfor at den statlige delfinansieringen av sprøyterommet på om lag 5 mill. kroner årlig videreføres til Oslo kommune til lavterskel helsetiltak.

Budsjettforslag 2010

Det foreslås en styrking i 2010 på 59 mill. kroner til kommunale tjenester. I første del av planperioden har man prioritert forsøk, kompetanse og metodeutvikling av kommunale tjenester, samt styrking av lavterskel helsetiltak. Etter tre år med en slik innretting foreslås det å målrette tilskuddet til en gradvis oppbygging av kapasitet i kommunene.

Innsatsen i kommunene bør tilpasses lokale forhold, og kan f.eks. skje i form av oppfølgingstje-

nester i bolig/hjemmetjenester, støttekontakt/tillitsperson, aktivisering, lokalmedisinske sentra og ulike typer akuttilbud. Målgruppen vil være både unge med rusmiddelproblemer og voksne med omfattende rusmiddelavhengighet.

Utvikling av tilbud om rusakutt i samarbeid med spesialisthelsetjenesten vil kunne omfattes av ordningen. Videre vil akuttmottak for unge som er ruset på alkohol og andre rusmidler inngå, herunder ivaretakelse, helsehjelp, veiledning og vurdering av videre hjelp- og behandlingstilbud. Store byer og randkommuner der det er mange mennesker med rusmiddelproblemer skal prioriteres.

Tilskuddet skal ses i sammenheng med satsingen på psykisk helse og særlig ACT- tiltakene, som også omfatter mennesker med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

Det foreslås at bevilgningen i 2009 på kap. 763, post 61 med om lag 258 mill. kroner, gradvis fases over til finansiering av årsverk. Sammen med forslaget om 59 mill. kroner i økt bevilgning vil dette over noe tid innebære en samlet bevilgning på om lag 317 mill. kroner til formålet. Departementet vurderer at det er godt sammenfall mellom forslaget til ny innretting av tilskuddet, og aktiviteten som i dag finansieres med de fire ulike tilskuddsordningene. Det stilles krav om at det skal foreligge en plan for arbeidet i tilskuddsperioden. Det anbefales at planen for bruk av tilskuddet integreres i kommunens helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner og ses i sammenheng med de ordinære plansystemene i kommunen.

Merknader til budsjettforslaget

Som en del av Opptrappingsplanen for rusfeltet foreslås det å styrke bevilgningen med 59 mill. kroner til kommunale tjenester.

Tilskudd til gatemagasiner på 0,7 mill. kroner overføres til kap. 763, post 71 Frivillig arbeid.

Post 71 Frivillig arbeid mv.

Formålet med bevilgningen er å støtte opp om innsatsen som utføres av frivillige og ideelle virksomheter overfor mennesker med rusmiddelproblemer. Bevilgningen skal brukes til oppfølging, omsorg og rehabilitering i regi av frivillige organisasjoner og private virksomheter med ideelt formål. Selvhjelps- og interessegrupper og pårørendearbeid skal også støttes.

Resultatrapportering 2008/2009

Bevilgningen er betydelig styrket de siste årene. Det er over posten bevilget om lag 130 mill. kroner i 2009 til 90 tiltak. For 2009 er det i tillegg omdisponert midler til Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo, til prosjekt 24SJU, totalt 30 mill. kroner (midler hentet fra kap. 743, post 70 og 75 og kap. 761 post, 21 og 70).

I 2008/2009 er det er gitt tilskudd til omsorgs- og døgnbaserte tjenester, individrettet bistand, møtesteder, gatenære tiltak, kvalifiserings- og nettverksarbeid. Det gis også støtte til brukerorganisasjoner og pårørendearbeid. Ordningen er under evaluering, sluttrapport kommer i 2010.

Prosjekt 24SJU er et nytt døgnåpent helse- og omsorgstilbud for de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige, drevet av Kirkens Bymisjon Oslo. Hovedmålet er bedre helse og sosial inkludering. Prosjektet omfatter høy kompetanse om psykiske lidelser og har et fokus på å bedre samhandlingen mellom eksisterende tilbud til det beste for brukerne. Det er etablert en samarbeidsgruppe bestående av representanter fra Oslo kommune, Helse Sør-Øst, Oslo politidistrikt og Helsedirektoratet. Det er også etablert samarbeid med sentrale aktører på rusfeltet, herunder både ansvarlige myndigheter, andre ideelle organisasjoner og brukerorganisasjoner. Innenfor samme prosjekt er det også igangsatt tiltak i Bergen.

Gatehospitalet i regi av Frelsesarmeen tilbyr et helsetilbud til rusmiddelavhengige som har behov for behandling og omsorg, men som ikke er i behov av spesialisthelsetjenester. Gatehospitalet samarbeider med spesialisthelsetjenesten og Oslo kommune. Gatehospitalet åpnet i 2009 en egen kvinneavdeling og har nå totalt 18 sengeplasser. Det bevilges om lag 20 mill. kroner i 2009.

På prostitusjonsfeltet er det bevilget midler til helsefremmende tiltak i regi av flere organisasjoner, blant annet Kirkens Bymisjon og Røde Kors.

Budsjettforslag 2010

Som en del av Opptrappingsplanen for rusfeltet foreslås det å styrke bevilgningen med 25 mill. kroner. Det foreslås at Kirken Bymisjon Oslo med prosjektet 24SJU gis en støtte på til sammen 60 mill. kroner over 2 år. Helsedirektoratet har igangsatt en følgeevaluering av prosjektet i regi av SIRUS.

Merknader til budsjettforslaget

Som en del av Opptrappingsplanen for rusfeltet foreslås det å styrke bevilgningen med 25 mill. kroner

Tilskudd til gatemagasiner på 0,7 mill. kroner flyttes fra kap. 763, post 61 Kommunalt rusarbeid.

Post 72 Kompetansesentra mv.

Formålet med tilskuddet er å bidra til å styrke organisering, kompetanse og kvalitetsutvikling på rusfeltet. Tilskuddet skal også bidra til tiltak vedrørende fengsel, prostitusjon og menneskehandel. Bevilgningen går til:

- regionale kompetansesentre- rus
- ledelses-, kunnskaps- og organisasjonsutvikling
- tiltak innen fengsel, prostitusjon og menneskehandel

Resultatrapportering 2008/2009

Regionale kompetansesentre- rus

De regionale kompetansesentrene- rus har tre hovedoppgaver:

- stimulere til utvikling av forebyggende tiltak i kommunene
- kompetanseutvikling i kommunene og spesialisthelsetjenesten
- utvikle nasjonale spisskompetanseområder

For 2009 er det totalt bevilget 112,3 mill. kroner til sentrene, herunder 69,5 mill. over kap. 761, post 77. I tillegg bevilges midler over kap. 718, post 21 og post 63.

I 2008/2009 har sentrene vært sentrale i arbeidet med samordning av lokale forebyggingstiltak og i arbeidet med å bistå kommunene i å lage helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner. De regionale kompetansesentrene – rus skal også bidra i arbeidet med å bedre kvaliteten på kontrollen av salgs- og skjenkebevillinger, samt i arbeidet med å implementere veilederen Fra bekymring til handling for styrke arbeidet med tidlig intervensjon.

Det er lagt vekt på å tilrettelegge for et tett samarbeid mellom sentrene og fylkesmannsembetene. Videre skal samarbeidet med kompetansemiljøer styrkes.

Ledelses-, kunnskaps- og organisasjonsutvikling

Ledelsesutviklingsprosjektet Flink med folk i første rekke omfatter i 2009 til sammen 108 kommuner. Flertallet av kommunene satser på å styrke kompetansen på tverrfaglig ledelse innenfor psykisk helse og rus. Det er for 2009 bevilget 2 mill. kroner til FFFR.

På oppdrag fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet ble det i 2006 satt i gang et femårig forsøk med Høgskole- og universitetssosialkontor, HUSK, for å styrke kunnskapsbasert praksis og praksisbasert forskning. Total bevilgning for 2009 er 15,8 mill. kroner, 5 mill. kroner av disse er tilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det er utarbeidet en katalog over alle HUSK prosjekter som vil bli evaluert i 2009. Det vises til omtale i Prop. 1. S (2009–2010) Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Tiltak innen fengsel, prostitusjon og menneskehandel

Fengsels- og prostitusjonsprosjektene mottok i 2008 et samlet tilskudd på 9,6 mill. kroner. Tilskuddsordningens formål er å styrke oppfølgingen av og tjenestetilbudet til personer som er i fengsels- og prostitusjonstiltak, herunder ofre / mulige ofre for menneskehandel. Se også tilskudd til fengselstiltak på kap. 762, post 61.

Tilskudd til Oslo kommunes nasjonale kompetansesenter for prostitusjon, Pro- senteret videreføres. Tilskuddene må ses i sammenheng med regjeringens handlingsplan mot menneskehandel (2006–2009) jf. Prop. 1 S, Justisdepartementet. I 2009 ble det gitt om lag 6 mill. kroner til helserettede tiltak i forbindelse med prostitusjon og menneskehandel. Dette foreslås videreført i 2010.

Budsjettforslag 2010

Samhandlingsreformen angir et tydeligere kommunalt tyngdepunkt, og det vil derfor være viktig at kompetansesentrene prioriterer å støtte utviklingen av de kommunale tjenestene. Sentrene skal ha fokus på de store behovene i kommunene og behovet for å styrke samhandlingen mellom de ulike tjenestenivåer og mellom ulike etater. I sammenheng med samhandlingsreformen vil det derfor være behov for en evaluering av sentrenes funksjon og oppgaver, samarbeid med andre instanser og hvordan man kan styrke sentrenes kompetanseutviklende rolle overfor kommunene og andre tjenester.

For 2010 foreslås det å omdisponere 3 mill. kroner innen posten, blant annet til å foreta en evaluering av de regionale kompetansesentrene – rus og styrke oppfølgingen av samhandlingsreformen.

Kap. 764 Psykisk helse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*			33 941
60	Psykisk helsearbeid, *kan overføres*			195 837
72	Utviklingstiltak, *kan overføres*			413 543
73	Vold og traumatisk stress, *kan overføres*			108 255
	Sum kap. 764			751 576

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er

- bevilgningen på kap. 743, post 21 flyttet til kap. 764, post 21
- bevilgningen på kap. 743, post 62 flyttet til kap. 764, post 60
- 30,0 mill. krner flyttet fra kap. 743, post 75 til kap. 764, post 60
- bevilgningen på kap. 743, post 70 flyttet til kap. 764, post 72
- bevilgningen under kap. 764, post 73 flyttet fra kap. 743, post 73 og kap. 743, post 75 (sinnemestringsprogrammet)

Innledning

Psykisk helsevern og psykisk helsearbeid i kommunene forutsettes å legge til rette for prosesser som styrker mestring og egenomsorg, funksjonsevne, samhandling og tilpasning i lokalsamfunnet. Å forebygge at vanlige livskriser utvikler seg til psykiske lidelser er i første rekke en utfordring for arbeidsliv, barnehage, skole, fritidsarenaer, idrettsmiljø mv. Tjenesteapparatet skal på sin side delta i og understøtte det forebyggende arbeidet, ved siden av tjenestens støtte og kurative funksjoner.

Psykisk helsearbeid i kommunene omfatter forebygging, diagnostikk og funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling for øvrig, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte- og veiledning, samt henvisning til spesialisthelsetjenesten. Her inngår også å inneha oversikt over den psykiske helsetilstanden til befolkningen i kommunen og over behovet for tiltak og tjenester. Psykisk helsearbeid utføres i helse- og sosialtjenesten og andre sektorer i kommunen. For å oppnå et godt tilbud til brukerne er det viktig at kommunene har faglig kompetanse om psykisk helsearbeid. Psykisk helsearbeid er både et kunnskapsfelt og et praksisfelt, og omfatter også arbeid på systemnivå som forebygging, opplysningsvirksomhet og annet arbeid som motvirker stigmatisering og diskriminering.

Psykisk helsevern består av sykehusfunksjoner, distriktspsykiatriske senter (DPS), psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og privatpraktiserende spesialister. DPS har ansvaret for behandlingstilbudet på lokalsykehusnivå med spesialisert utredning og behandling. DPS skal tilby differensiert behandling poliklinisk, ambulant, eller som dag- og døgnbehandling. DPS skal også bistå kommunehelsetjenesten med råd og veiledning og ivareta kontinuiteten i spesialisthelsetjenesten, dvs. være veien inn og ut av psykisk helsevern.

Undersøkelser tyder på at om lag en sjettedel av den voksne befolkning til enhver tid har en psykisk lidelse og/eller et rusproblem. For om lag en fjerdedel av de 900 000 personene i yrkesaktiv alder som står utenfor arbeidsstyrken, er psykiske problemer en vesentlig årsak. Psykiske lidelser er anslått å koste det norske samfunnet anslagsvis 70 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.

Depresjon, angst og rusmiddelmisbruk antas å bli de store framtidige samfunnsmessige utfordringene. Verdens helseorganisasjon (WHO) antar at den samlede belastningen med uførhet og for tidlig død på grunn av depresjon vil øke og i 2020 vil psykiske lidelser være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i vestlige land.

WHO vedtok i 2005 den første europeiske ministererklæring (European Declaration on Mental Health) på psykisk helsefeltet. Erklæringen og en medfølgende handlingsplan er utarbeidet i samarbeid med EU og Europarådet. Samtlige 52 medlemsland, inklusive Norge, sluttet seg til erklæringen og handlingsplanen. Ministererklæringen er fulgt opp av EU i et Green Paper (2005) og Pact on Mental Health (2008).

Verdigrunnlag og overordnede mål for arbeidet med psykisk helse i Norge, herunder opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008), samsvarer

godt med føringene som WHO-ministererklæringen bygger på. WHO la i oktober 2008 fram en Baselinerapport om psykiske helsetjenester i Europa. Rapporten viser at Norge har et tungt innslag av sengeplasser sammenliknet med resten av Europa. Sverige, Danmark og Finland har grovt regnet halvparten så mange døgnplasser som Norge.

Sluttrapport for Opptrappingsplanen for psykisk helse 1998- 2008

En tiårig satsing på psykisk helse er nå fullført i henhold til St. prp. nr 63 (1997-98) Om Opptrappingsplan for psykisk helse. Evalueringsrapport fra Norges forskningsråd viser at opptrappingsplanens kvantitative mål langt på vei er nådd. Samtidig viser rapporten at det gjenstår utfordringer når det gjelder innhold og kvalitet i tjenesten. Dette legger et grunnlag for det videre arbeidet med fortsatt styrking og utvikling av innholdet og kvaliteten i det psykiske helsearbeidet ut fra de kvalitative målene. Sluttrapporten presenteres i Del III i denne proposisjonen. Nedenfor følger en kort oppsummering:

De økonomiske forutsetningene: Den økonomiske delen av Opptrappingsplanen er fullført i henhold til forutsetningene i St. prp. nr. 63 (1997-98). Planens økonomiske rammer innebar et driftsnivå i 2008 på 6,37 mrd. kroner (2009-kroner) høyere enn i 1998, og at det skulle investeres for 9,2 mrd. kroner (2009-kroner) i planperioden. Det var en forutsetning at midlene i Opptrappingsplanen skulle videreføres i de ordinære systemer etter planperioden.

Storparten av de øremerkede midlene til kommunene har gått til finansiering av personell i oppbygging og drift av tiltak for barn, unge og voksne. I 2004 ble målet nådd om at minst 20 pst. av midlene skulle gå til tiltak for barn og unge. De øremerkede midlene på om lag 3,5 mrd. kroner ble i 2009 innlemmet i kommunenes frie inntekter. Evalueringen viser at Opptrappingsplanen har bidratt til å gi psykisk helsearbeid i kommunene et løft. Dels har dette skjedd ved at kommunene er tilført statlige midler gjennom øremerkede tilskudd, dels ved at disse overføringene har utløst betydelig kommunal egeninnsats.

Psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) har vært betydelig styrket i planperioden og mottok om lag 2,5 mrd. kroner i øremerkede midler i 2008. Veksten i driftskostnader har vært størst for barn og unge. Opptrappingsplanen har medført en betydelig styrking og omstilling av psykisk helsevern for voksne, primært gjennom flere DPS og økt vektlegging av utadrettet arbeid. Dette omstillingsarbeidet er ikke fullført. Det har vært en sterk vekst i personellinnsats, og mer enn dobbelt så mange får nå hjelp i psykisk helsevern.

Brukertiltak: Evalueringsrapporter viser at det har vært en økning i samarbeidet med brukerorganisasjonene fra 2002 til 2008. Brukerundersøkelser viser imidlertid at brukerne fortsatt ikke får nok informasjon og at mange opplever at de har for liten innflytelse på egen behandling. Det er fortsatt en utfordring for både brukere og fagfolk å få inkludert brukerkunnskap inn i tjenesteutvikling, kvalitetsarbeid og kunnskapsbasert praksis.

Kommunikasjon, informasjon og holdningsendring: I tråd med desentraliseringen og utbyggingen av tjenestene har det i opptrappingsplanperioden vært jobbet for økt aksept og endrede holdninger knyttet til mennesker med psykiske problemer. For å styrke folks evne til å mestre selv og for å få de som trenger det til å søke hjelp tidlig, har det vært satset på å øke kunnskapen om psykisk helse, psykiske lidelser, hjelpetilbud og rettigheter. Studier viser at det er nødvendig med et kontinuerlig fokus for å opprettholde kunnskap og forhindre negative holdninger knyttet til mennesker med psykiske lidelser.

Folkehelseperspektivet: Forebygging av psykiske helseplager er en av de svakest utviklede sidene av opptrappingsplanen. I budsjettforslaget for 2004 ble det varslet en sterkere satsing på forebyggende og helsefremmende arbeid i resten av planperioden. Det har vært en sterk satsing på forbyggende psykososialt arbeid for barn og unge gjennom kompetansehevende tiltak, tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid og tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge. Det har i opptrappingsperioden også vært økt fokus på selvhjelpsarbeid, mestring og lavterskeltilbud i kommunene.

Kommunale tiltak: De kvantitative målene i opptrappingsplanen er, eller er i ferd med å bli oppfylt. Samlet årsverksvekst ble oppfylt i noe sterkere grad enn opprinnelig planlagt (105 pst.). Foreløpige tall fra Sintef Helse indikerer at kommunene i tillegg til årsverkene finansiert over Opptrappingsplanen, finansierte ytterligere i størrelsesorden 6000 årsverk med egne midler ved utgangen av 2008. Det er i hovedsak samme nivå som ved utgangen av 2007. Opptrappingsplanen ser dermed ut til å ha utløst en meget betydelig kommunal egenfinansiert aktivitet i opptrappingsplanperioden. Det er oppnådd en økning på vel 370 årsverk utover måltallet på 1060 for barn og unge, mens det mangler om lag 140 årsverk på å oppfylle måltallet når det gjelder voksne. Av måltallet på 3400 omsorgsboliger til mennesker med psykiske lidelser, var 3203 godkjente boliger ferdigstilt ved årsskiftet 2008/2009.

Spesialisthelsetjenesten: Det psykiske helsevernet for voksne hadde en betydelig vekst i ressurser og aktivitet i opptrappingsplanperioden. I tråd med intensjonene i opptrappingsplanen økte driftskostnadene til det psykiske helsevernet for barn og unge mer enn for voksne. Det er bygd ut et desentralisert behandlingstilbud med 75 DPS som samlet dekker alle landets kommuner, og det psykiske helsevernet har i tillegg vært preget av en omfattende omstrukturering i perioden som ennå ikke er fullført. For barn og unge har tilgjengeligheten til psykisk helsevern økt i opptrappingsperioden. Dekningsgraden på landsbasis (dvs. andelen barn og unge i befolkningen som mottar et tilbud)er svært nær måltallet på 5 pst.

Grupper med særlige behov: I St. prp. nr. 63 (1997-98) ble det satt fokus på behovet for økt hjelp til grupper med særskilte behov i tillegg til sin psykiske lidelse: innvandrere, flyktninger og asylsøkere, døve, psykisk utviklingshemmede, rusmiddelmisbrukere og sedelighetsdømte. Opptrappingsplanens satsing til disse gruppene har vært fulgt opp blant annet ved kompetanseoppbygging på vold- og traumefeltet, etablering av overgrepsmottak i alle fylker og etablering av en nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse.

Det har vært bygget ut generelle tiltak og tjenester som også har kommet disse gruppene til gode. Det har videre vært bevilget midler til tiltak for å hjelpe barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre, blant annet satses det på å styrke veiledning og kompetanseheving i tjenestene. En gruppe voksne pasienter med sammensatte og til dels omfattende tjenestebehov synes å falle utenfor tilbudene, og har ennå ikke fått et godt nok samlet tilbud. Mange av disse har rusmiddelproblemer kombinert med psykiske problemer.

Arbeid og arbeidsrettede tiltak: Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012) videreører og styrker den arbeidsrettede innsatsen i Opptrappingsplanen. Målet om tilbud i NAV til 4000 flere personer med psykiske lidelser er oppfylt. Strategien ses i sammenheng med blant annet avtalen om Inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen).

Personell, utdanning og forskning: Det har vært en storstilt satsing på utdanning og rekruttering av personell i Opptrappingsplanen. Samdata sektorrapport for psykisk helsevern (2/08) viser at det har skjedd en betydelig ressursøkning og kompetansebygging i psykisk helsevern i løpet av planperioden. Opptrappingsplanen la vekt på å styrke det faglige kunnskapsgrunnlaget og det ble satt av 40 mill. kroner til forskning i planperioden utover bevilgningsnivået i 1998. Forskningsinnsatsen i regi av forskningsprogrammer i Norges forskningsråd er styrket og det er etablert en divisjon for psykisk helse ved Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Samarbeidsperspektiv: I løpet av opptrappingsplanperioden har det vært fokus på behovet for å utvikle helhetlige tjenestetilbud gjennom samarbeid mellom nivåene og innen det enkelte nivå. Alle helseforetak er pålagt å utarbeide samarbeidsavtaler mellom DPS/BUP og kommunene, og de fleste DPS har nå på plass en samarbeidsavtale med kommunene i sitt opptaksområde. I en kartlegging av DPS i Norge i 2008 oppgir både DPS og kommunene at det er et utstrakt samarbeid på brukernivå.

Rapportering for kommunal sektor

Kommunene har årlig rapportert om disponeringen av de øremerkede tilskuddene til investeringer og drift av psykisk helsearbeid i henhold til måltallene i St.prp. nr. 63 (1997-98). Tabell 5.19 viser faktisk økning i løpet av opptrappingsperioden 1998 til 2008 sammenliknet med måltallene i Opptrappingsplanen.

Opptrappingsplanens mål for årsverksvekst ble oppfylt i noe sterkere grad enn opprinnelig planlagt (105 pst.). Det er oppnådd en økning på vel 370 årsverk utover måltallet på 1060 for barn og unge, mens det mangler om lag 140 årsverk på å oppfylle måltallet når det gjelder voksne. Denne forskyvningen må ses i lys av at satsing på barn og unge har vært sterkt vektlagt i store deler av planperioden, og at kommunene ble bedt om å bruke minimum 20 pst. av midlene til barn og unge.

Opptrappingsplanen hadde som mål å etablere 3400 omsorgsboliger til mennesker med psykiske lidelser. Ferdigstillelsen har for mange kommuner tatt lengre tid enn planlagt. Dette har bl.a. hatt sammenheng med press i boligmarkedet og lang saksbehandlingstid i kommunene.

Ved utløpet av 2008 var det med opptrappingsmidler rekruttert 121 psykologer i kommunene mens måltallet var 184. Opptrappingsplanen tok imidlertid forbehold om at det kunne bli nødvendig å kompensere for mangel på psykologer og leger med bl.a. økt bruk av høgskoleutdannet personell.

Aktivitetsøkning i psykisk helsevern

Perioden 1999 til 2008 kjennetegnes av en kraftig ressurs- og aktivitetsvekst i det psykiske helsevernet. Perioden kjennetegnes også av en økning i universitets og høgskoleutdannet personell. Den polikliniske innsatsen er også blitt vesentlig styrket.

Tabell 5.19 Kapasitetsøkning i kommunale tjenester 1999-2008 (Tall per 31.desember 2008)

Tiltak	Planlagt økning fra 1998 til 2008	Faktisk økning fra 1998[1] til 2008	Faktisk økning 1999–2008 som andel av planlagt økning (pst.)
Omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser	3400	3253[2]	96
Årsverk totalt	4770	5006	105
Årsverk voksne	3710	3570	96
– hjemmetjenester mv.	3400	2741	81
– behandlingstilbud, veiledning	309	828	268
– aktivitetstilbud	(720)[3]	(710)	(99)
Årsverk barn og unge	1060	1436	136
– helsestasjon, skolehelsetjeneste	800	746	93
– annen forbygging/psykososialt arbeid	260	690	265
Støtte til brukerorganisasjoner (mill. kroner)	[4]	33[5]	
Kompetansetiltak, rekruttering (mill. kroner)	[4]	55[5]	
Storbysatsingen (mill. kroner)	[4]	53,7[5]	

1 Pga. tidligere endringer i registreringsrutinene foreligger ikke direkte sammenlignbare 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 Her inngår 50 boliger som realiseres i 2009
3 Ikke definert måltall. Med utgangspunkt i faktisk utvikling fram til 2003 og økonomiske måltall er forventet nivå ved utgangen av 2008 tidligere satt til 720 årsverk.
4 Måltall er ikke definert i Opptrappingsplanen, men kommunene kan nytte midler til slike formål. (F.o.m. 2004 var det satt som vilkår at midlene nyttes til blant annet til støtte til brukerorganisasjoner).
5 2008-kroner

Tabell 5.20 Kapasitetsøkning i psykisk helsevern 1999-2008

Tiltak	1998	2008	Faktisk økning 1999–2008 (pst.)
Psykisk helsevern for voksne:			
Antall polikliniske konsultasjoner (hele 1000)	476	1099	131
Antall døgnopphold	34508	52829	53
Psykisk helsevern for barn og unge:			
Antall behandlede	20634	53111	157
– herav poliklinisk	19097	52038	172
Årsverk totalt	15809	20490	30
– psykiatere	586	921	57
– andre leger	450	667	48
– psykologer	1009	2117	110
– fagpersonell med høgskoleutdanning	6760	9560	41
– annet personell	7004	7224	3
Totale driftsutgifter psykisk helsevern (mill. kroner)[1]	7347	15932	117
– voksne	6422	13197	105
– barn og unge	925	2735	196

1 2008- kroner

I perioden har det vært en gradvis økning i antall som får et døgntilbud, men liggetiden er vesentlig kortere. Det er gjennomført en omstrukturering av tjenestene gjennom utbyggingen av DPS og en gradvis spesialisering av sykehusavdelingene. Økningen har vært størst innen psykisk helsevern for barn- og unge som forutsatt i Opptrappingsplanen, jf. omtale på kap. 732.

Hovedutfordringer og prioriterte områder 2010 og fremover

Psykisk helse skal ha høy prioritet selv om Opptrappingsplanen for psykisk helse er avsluttet. De overordnede målene og verdigrunnlaget fra planen vil fortsatt ligge til grunn for regjeringens politikk. Tilrettelegging for selvstendighet, mestring av eget liv, tydelig brukerperspektiv, desentralisering, nærhet til tjenestene, kvalitet, arbeidsrettede tiltak og forebyggende arbeid vil stå som sentrale elementer i videre utvikling av tilbudet.

Helse- og omsorgsdepartementet anser følgende for å være de største utfordringene i årene som kommer:

- Forebygging og økt bevissthet om den psykiske helsens betydning på alle arenaer og sektorer.
- En sterkere kommunal tjeneste – et tydelig kommunalt psykisk helsearbeid og rusarbeid.
- Kvalitet i tjenesten med vekt på bruker- og pårørendeperspektiv, trygghet for brukerne, tilgjengelighet og kompetanseheving.
- Styrke samhandlingen både innen helse- og omsorgstjenesten og i forhold til andre sektorer
- Fullføre omstillingen av psykisk helsevern med styrking av og overføring av allmennfunksjoner til DPS, spissing av sykehusfunksjoner og økt vekt på utadrettet arbeid, samarbeid og understøtting av kommunale tjenester.

Budsjettforslag for 2010

Bevilgningene til psykisk helse på Helse- og omsorgsdepartementets område videreføres på samme nivå i 2010. Regjeringen foreslår en aktivitetsvekst for hele spesialisthelsetjenesten for 2010 på om lag 1,3 pst., jf. kap. 732. En slik vekst forventes å gi økt pasientbehandling i 2010 også for psykisk helsevern. Kommunalt psykisk helsearbeid vil i hovedsak finansieres gjennom kommunenes frie inntekter. Det vises her til omtale av den generelle kommuneøkonomien i 2010 i Kommunal- og regionaldepartementets budsjett.

I planperioden 1998-2008 er bevilgninger til kunnskaps- og kompetansetiltak blitt prioritert. For 2010 er det lagt opp til at kap. 764, post 72 dekker enkelte særskilte kompetanse- og utviklingstiltak (tidligere kap. 743, post 70).

Det foreslås å øke bevilgningen til psykologer i kommunene med 10 mill. kroner, slik at det samlet foreslås bevilget 30 mill. kroner til formålet i 2010.

Samhandlingsreformen

St.meld. nr 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen peker på at tidlig identifisering av psykiske problemer i større grad bør skje i kommunen, både gjennom helsetjenesten og i barnehage, skole og andre arenaer. Videre fremhever samhandlingsreformen at det er en stor utfordring at døgnplassene både i DPS og i sykehusavdelingene i for stor grad brukes til personer som egentlig burde ha bo- og tjenestetilbud i kommunene. Manglende tilbud i kommunene er et ressursspørsmål, men skyldes sannsynligvis også organisering, arbeidsmetoder og samarbeid. Etablering av kommunale tilbud vil kreve at spesialisthelsetjenesten er tilgjengelig for kommunene.

Forventninger til kommunene

De øremerkede midlene til kommunene bevilget gjennom Opptrappingsplanen ble innlemmet i rammetilskuddet fra 2009. Arbeidet med å gjøre tjenestene mer synlige og tydelige og å videreutvikle kvaliteten i det psykiske helsetilbudet skal videreføres. Som del av dette er et godt samarbeid med psykisk helsevern og andre sektorer viktig. Det er et mål at aktiviteten på psykisk helseområdet i kommunene må opprettholdes og videreutvikles i tråd med innbyggernes behov for tjenester. Videre må kommunene sørge for tilstrekkelig kompetanse i tjenestene, herunder økt rekruttering av psykologer, jf. omtale under post 60. Det er behov for å legge til rette for og utvikle gode og tilstrekkelige tjenester til personer med langvarige og sammensatte lidelser. Det er videre behov for et styrket tilbud til personer som lider av angst og depresjoner, herunder utvikling av lavterskeltiltak.

En rundspørring til landets fylkesmenn tyder på at 84 pst. av kommunene har opprettholdt eller styrket tilbudet innen psykisk helsearbeid i 2009, mens 16 pst. har redusert tilbudet sammenlignet med 2008. Dette er basert på tilbakemelding fra 229 kommuner. Departementet følger denne utviklingen nøye. For å understøtte kommunene i deres videreføring og videreutvikling av feltet, vil departementet bidra med statlige tiltak, jf. post 21, 60 og 72, bl.a. gjennom:

- Fylkesmannens rådgivere i psykisk helsearbeid skal bidra med veiledning, oppfølging og kartlegging av det kommunale tjenestetilbudet.

- Særskilt rapportering på utvikling av psykisk helsearbeid
- Kvalitetsindikatorer skal videreutvikles.
- Faglig veiledning og informasjon fra sentrale myndigheter. Det er blant annet utviklet veiledere for utforming av tjenestetilbudet til både barn og voksne, jf. IS- 1405 Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene og IS- 1332 Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene.
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (NAPHA) – videreutvikle faglig innhold i kommunalt psykisk helsearbeid.
- Regionsentrene for barn og unges psykiske helse skal prioritere arbeid med kompetanse i kommunal sektor.
- Tverrfaglig videreutdanning for høyskoleutdannet personell i psykisk helsearbeid og psykososialt arbeid for barn og unge.

Kommuneøkonomi og finansiering

Kommunene har ansvar for å yte tjenester til mennesker med psykiske problemer og lidelser. Fra og med 2009 ble øremerkede tilskudd på om lag 3,5 mrd. kroner til drift av kommunenes psykiske helsearbeid innlemmet i kommunenes frie inntekter. I tillegg kommer kostnader til allmennlegetjeneste og økonomisk sosialhjelp. Enkelte øremerkede tilskudd, samt andre statlige stimuleringstiltak er videreført fra Opptrappingsplanen for psykisk helse, under post 60 og 72.

Brukere

Alle mennesker har en psykisk helse. Dette innebærer også at psykiske problemer eller lidelser kan ramme de fleste, og behovet for hjelp vil variere fra person til person. Mange arenaer i kommunen deler derfor ansvaret for å skape helsefremmende leve- og oppvekstvilkår som bidrar til en god psykisk helse i befolkningen. Om lag halvparten av befolkningen får en psykisk lidelse i løpet av livet, og 20-30 pst. har hatt en slik lidelse det siste året.

Psykiske plager kan være alt fra lettere depresjoner til alvorlige psykoser. Noen ganger kan kriser som dødsfall og ulykker, eller at man er i en vanskelig arbeids- eller familiesituasjon, gjøre at man blir syk. Mange får hjelp av familie eller nettverk, en del vil ha behov for bistand fra enkelte kommunale tjenester, ofte i et begrenset tidsrom. Andre har behov for et mer omfattende tilbud fra psykisk helsetjeneste, omsorgstjenesten og primærhelsetjenesten. Kommunene må derfor ha et differensiert tilbud både til voksne og barn og unge.

Personellutvikling

Tabellen under viser at det psykiske helsearbeidet i kommunene er av et betydelig omfang, målt i årsverk. Det var en betydelig vekst på om lag 3 000 årsverk fra 2006 til 2007, og en viss vekst videre fra 2007 til 2008 på nær 700 årsverk. Kommunalt egenfinansierte årsverk står for en betydelig andel. Det kan ikke ses bort fra at tallene kan ligge noe høyt ut fra avgrensningsproblemer i forhold til andre tjenester. Det er foretatt justeringer i rapporteringsrutinene for 2008 for å oppnå en bedre avgrensing.

Tabell 5.21 Årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid 2006-2008

	2006[1]	2007[2]	2008[3]
Totalt antall årsverk	8992	11986	12690
Andel av total voksne (pst.)	76	75	76
Andel av total barn og unge (pst.)	24	25	24
Totalt antall m/særskilt utdanning på psykisk helsefeltet[4]	3100	3805	-
Herav andel årsverk voksne (pst.)	87	81	-
Herav andel årsverk barn og unge (pst.)	13	19	-

1 Tallene for 2006 er basert på anslag for kommune, SINTEF Rapport A1254
2 Data fra kommune basert på rapporteringsrundskriv IS-24/2007.
3 Data fra kommune basert på rapporteringsrundskriv IS-24/2008. Foreløpige tall.
4 Årsverkene består av personell fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helse, høgskole- og universitetsutdannet personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid, samt psykologer som arbeider med psykisk helsearbeid.

Andelen av årsverkene som går til tiltak for barn og unge ligger relativt stabilt på om lag 24 pst. I opptrappingsperioden signaliserte staten at minst 20 pst. av de øremerkede tilskuddene skulle nyttes for barn og unge. Kommunene har dermed fulgt opp de statlige signalene.

Andelen årsverk som utføres av personell med særskilt utdanning på psykisk helsefeltet (psykologer, personell fra høgskole eller videregående skole med videreutdanning på psykisk helsefeltet) ligger relativt stabilt på om lag 32 pst.

Av det totale antallet årsverk med videreutdanning i psykisk helsearbeid gikk 87 pst. til voksne, mens 13 pst. gikk til barn og unge i 2006. I 2007 endret denne fordelingen seg til 81 pst. for voksne og 19 til barn og unge.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 122, 9. desember 2008

> «Stortinget ber Regjeringen utrede behov og forankring av et tverrfaglig psykisk helsearbeid i kommunene».

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av St. prp. nr. 1 (2008-2009), jf. Budsjett- innst. S. nr.11 (2008-2009).

I begrunnelsen for vedtaket framkommer det at Helse- og omsorgskomiteen mener raskere og mer omfattende behandling av mennesker med psykiske lidelser bør skje ved å satse sterkere på lavterskel psykisk helsetjeneste, flere psykologer og større tverrfaglighet i det kommunale tjenestetilbudet. Dette er i tråd med regjeringens politikk på området, jf. omtalen ovenfor. Dette følger også av samhandlingsreformen, jf. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Regjeringen vil komme tilbake til oppfølgingen av anmodningsvedtaket etter at Stortinget har behandlet meldingen. Det er blant annet behov for å utrede en klarere lovfesting av kommunens ansvar for å yte psykisk helsetjeneste, slik det allerede er varslet for såkalte ACT-team i samhandlingsformen. I tillegg foreslår regjeringen allerede i 2010 å styrke innsatsen for økt rekruttering av psykologer til kommunale tjenester.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen finansierer statlige driftsutgifter for videre utvikling og satsing på psykisk helseområdet. Kommunal sektor skal prioriteres. Posten har følgende hovedområder:

- Fylkesmennenes rådgivere for kommunalt psykisk helsearbeid
- Helsedirektoratets oppfølging av satsinger og handlingsplaner på vold – og traumefeltet, herunder Barnehus, videreutvikling av overgrepsmottak, selvmordsforebygging og arbeidet med asylsøkeres og flyktningers psykiske helse
- utvikling av strategier og handlingsplaner på spesielle områder
- utredningstiltak på psykisk helsefeltet, samt arbeidet med tiltak som skal videreføres etter Opptrappingsplanen

Fylkesmannen skal gjennom rådgiverne bistå departementet og Helsedirektoratet i gjennomføringen av prioriterte nasjonale satsinger, samt bidra til at kommunenes innsats på psykisk helsefeltet opprettholdes og videreutvikles. Fylkesmennenes oppgaver på psykisk helsefeltet er etter avslutningen av Opptrappingsplanen presisert og utdypet i eget tillegg til embetsmannsoppdraget for 2009. Departementet legger til grunn at oppgavene på feltet videreføres. Tillegget til embetsmannsoppdraget utdyper også Fylkesmannens oppgaver på rusfeltet, herunder målsetningen om at arbeidet på de to feltene skal sees i sammenheng.

I 2010 skal arbeidet med strategi for barn og unges psykiske helse i kommunene videreføres i samarbeid med andre relevante departementer og direktorater. Det tverrdepartementale arbeid om barnevern, psykisk helse- og rusfeltet skal gjennomføres og følges opp, herunder pilotprosjekt om økt samarbeid og større organisatorisk nærhet mellom Barnevernets utviklingssentre og Regionsentrene for barn og unges psykiske helse. Arbeidet med prioriterte satsinger, herunder økt rekruttering av psykologer i kommunene og et styrket tilbud til personer med langvarig og sammensatt behov for tjenester videreføres, jf. post 60.

Merknad til budsjettforslaget

Følgende flyttinger foreslås over post 21:

- 1 mill. kroner flyttes fra kap. 764, post 72 som en oppfølging av St.prp. nr. 67 (2008-2009).
- Helsedirektoratets ansvar for stimulering og oppfølging av psykisk helsefeltet er videreført etter Opptrappingsplanens utløp. Det foreslås å flytte 3,2 mill. kroner fra denne posten til kap. 720, post 01 til Helsedirektoratets arbeid med psykisk helse.
- Bevilgningen foreslås økt med 12,39 mill. kroner til drift av Regionalt ressurssenter for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging – Sør (RVTS- Sør), mot at bevilgningen over kap. 764, post 73 settes ned tilsvarende.

Post 60 Psykisk helsearbeid

Formålet med posten er å bidra til utvikling og kvalitetsforbedring av psykisk helsearbeid i kommunene. For 2010 foreslås det bevilget midler til fire tiltaksområder:

- Bedre tilbud til mennesker med langvarige og sammensatte behov for tjenester
- Rekruttering av psykologer i kommunene
- Lønnstilskudd til kommuner
- Storbysatsingen

Tilbud til mennesker med langvarige og sammensatte behov for tjenester

Kartlegginger viser at man gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) ikke i tilstrekkelig grad har lykkes med å etablere et godt nok tilbud i kommunene for mennesker med en langvarig psykisk lidelse.

I 2009 er det bevilget 50 mill. kroner over kap. 743, post 62 og 75, til utvikling av organisatoriske forpliktende samhandlingsmodeller mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsefeltet, samt til videre satsing på etablering av ACT-team. Det vil i løpet av 2009 bli igangsatt om lag 29 ulike prosjekter som skal ta utgangspunkt i brukernes behov for tjenester fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten. I tillegg til god geografisk spredning legges det vekt på at prosjektene skal ha overføringsverdi og det skal rapporteres på kriterier for måloppnåelse. Det er videre innvilget tilskudd til oppstart av 14 aktivt oppsøkende behandlings- og støtteteam etter ACT- modell, samt til seks nye forprosjekter rundt om i landet. Teamene driver oppsøkende virksomhet mot brukergrupper som ikke makter å oppsøke hjelpeapparatet og/eller ikke selv ser at de har behov for hjelp. Teamene skal kunne bidra til stabilisering av kriser og yte langvarig støtte. Det er etablert samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) i Trondheim i forhold til nettverksutvikling og opplæring av personell.

I 2010 vil de nyetablerte teamene og forprosjektene følges opp bl.a. gjennom nettverksutvikling og evaluering. Det vil bli gjennomført felles opplæringsprogram for ledere og etablerere av teamene i regi av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid i Trondheim (NAPHA). Det vil også bli lagt til rette for et nasjonalt, tverrfaglig utdanningsprogram rettet mot personell som skal arbeide i oppsøkende behandlings- og støtteteam og som har behov for særskilt kompetanse knyttet til ACT- metodikk.

Satsingen foreslås videreført i 2010 med 50 mill. kroner til oppsøkende behandlings- og støtteteam og andre samhandlingsmodeller, samt 5 mill. kroner til videreutvikling av tilbudet til gruppen.

Rekruttering av psykologer i kommunene

Regjeringen har som mål å gjøre psykisk helsehjelp i kommunene mer tilgjengelig gjennom bl.a. øke antall psykologer i kommunene. Ved utgangen av 2008 arbeidet 199 psykologer i helse- og sosialtjenesten. I 2009 ble det opprettet et tilskudd på 20 mill. kroner for utprøving av ulike modeller for psykologers arbeid i kommunene. Over 80 søknader er mottatt innen søknadsfristen 1.september 2009. Modellene kan omfatte psykolog integrert i tjenester som for eksempel familiesenter/familiens hus, helsestasjon, skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom, psykisk helsetjeneste for voksne eller som samlokalisering med fastlege.

Kommuner som ansetter psykolog i fast stilling vil bli prioritert. Tilskuddet kan gis i inntil 3 år. Det er en forutsetning at tilskuddet bidrar til å øke den samlede innsatsen av psykologer i kommunen. For 2010 foreslås satsingen styrket med 10 mill. kroner, slik at det foreslås bevilget 30 mill. kroner til formålet.

Lønnstilskudd til kommuner

Lønnstilskudd for personell som gjennomfører tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid og tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge er et sentralt tiltak for å bidra til økt kompetanse. Evaluering viser at lønnstilskuddet har vært vellykket og i stor grad bidratt til økt kompetanse blant personellet og bedret rekruttering til arbeid med psykisk helse i kommunene.

Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge ble etablert først i 2007. Utdanningen er viktig både for psykisk helsearbeid og rusarbeid. Det er fortsatt behov for å styrke kompetansen på barn og unges psykiske helse i kommunal sektor. Tilskudd til denne videreutdanningen skal prioriteres.

Det vises til omtale under post 72 om videreutdanningene.

Storbysatsingen

I perioden 2005- 2008 er det over Opptrappingsplanen årlig bevilget i overkant av 50 mill. kroner til en særskilt storbysatsing i byene Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger. Satsingen var rettet mot personer med alvorlig psykisk lidelse, som bor i til dels svært dårlige boliger og som ikke selv oppsø-

ker eller oppsøkes av hjelpeapparatet. I tråd med forutsetningene for planen ble de øremerkede tilskuddene til drift av kommunenes psykiske helsearbeid og særskilte storbytiltak foreslått innlemmet i kommunenes frie inntekter fra 2009. I forbindelse med behandling av St.prp. nr. 1 (2008-2009) fattet Stortinget anmodningsvedtak nr. 137 (2008-2009), jf. Budsjett-innst. S. nr. 5 (2008-2009): «Stortinget ber Regjeringen sørge for at storbymidlene til psykisk helse ikke innlemmes i inntektssystemet fra 2009.» På denne bakgrunn ble innlemmingen av storbymidlene reversert, jf. St.prp. nr. 67 (2008-2009) og Innst. S. nr. 355 (2008–2009), og storbysatsingen videreført i 2009.

Storbysatsingen foreslås videreført med 57,9 mill. kroner i 2010. Fordelingen av midlene skal sees i sammenheng med evalueringen av ordningen og andre tilskudd til målgruppen.

Merknader til budsjettforslaget

Bevilgningen foreslås økt med 10 mill. kroner mot at kap. 764, post 72 Utviklingsarbeid reduseres tilsvarende.

I St.prp. nr. 67 (2008-2009) ble innlemmingen av storbymidler i inntektssystemet for kommunene reversert. Som en oppfølging av dette øker bevilgningen med 57,9 mill. kroner i 2010.

Post 72 Utviklingstiltak

Formålet med bevilgningen er å styrke brukermedvirkning, bedre befolkningens kunnskap om psykisk helse, utvikle bedre tjenester for barn, unge og voksne gjennom personell- og kompetansetiltak, forskning og utviklingsarbeid på særskilte satsingsområder. Tiltakene på posten skal støtte opp under en ønsket utvikling innenfor psykisk helsefeltet med tilretteleggelse for selvstendighet, mestring og det å kunne leve et mest mulig normalt liv i sitt nærmiljø som et sentralt mål. Kommunal sektor skal prioriteres.

Bevilgningen ble i 2009 fordelt som følger:

- Drift av nasjonale og regionale sentre og tiltak knyttet til selvhjelp, bruker- og pårørendearbeid 65 mill. kroner
- Drift av regionale kompetansesentre for barn og unge og videreføring av tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid for barn og unge i kommunene 156 mill. kroner
- Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid 18 mill. kroner
- Informasjons- og holdningsarbeid, statistikk og evaluering 60 mill. kroner
- Nasjonal strategi for arbeid og psykisk helse (2007–2012) 30 mill. kroner
- Kompetanse- og utviklingstiltak i tjenestene 88 mill. kroner

Brukerstyrking

Økt brukermedvirkning og styrking av brukernes egne ressurser er avgjørende for den ønskede utviklingen av tjenestetilbudet. Arbeidet for å styrke og ivareta brukere og pårørende er et kontinuerlig arbeid. Etablerte tiltak på brukerfeltet foreslås videreført. Det er viktig å øke brukernes kunnskap slik at de kan stille krav til tjenestene og være pådrivere i tjenesteutviklingen. Samtidig må brukerkunnskap gyldiggjøres og formidles for å bidra til reell brukermedvirkning. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, NASEP, og de regionale brukerstyrte sentrene er sammen med brukerorganisasjonene sentrale aktører i dette arbeidet. NASEP ble evaluert i 2008 og resultatene vil bli fulgt opp ved revidering av driftsavtalen med senteret.

Pårørende – en ressurs, veileder for helsepersonell om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester ble ferdigstilt i 2008, og ble godt mottatt av bruker- og pårørendeorganisasjonene og ansatte i tjenestene. Det gjennomføres nå flere prosjekter som forsterker og letter implementeringen av veilederen.

Tilskuddsordningen for bruker- og pårørendeorganisasjonene innen psykisk helse er evaluert og resultatene blir fulgt opp gjennom revidering av regelverket for tilskuddsordningen.

Plan for brukermedvirkning relatert til barn og unges psykiske helse vil bli ferdigstilt av Helsedirektoratet i 2009.

Det foreslås bevilget 52,6 mill. kroner til bruker og pårørendearbeid i 2010.

Selvhjelp

Selvhjelpsmetodikk er et viktig supplement for mange som har behov for å styrke sin psykiske helse, og «Nasjonal plan for selvhjelp» ble evaluert i 2008. Resultatene viser at satsingen har vært hensiktsmessig. Det er nødvendig med ytterligere kunnskapsutvikling på området, og internasjonalt samarbeid bør videreutvikles. Det skal arbeides for å gjøre selvhjelp mer kjent og tilgjengelig i befolkningen. Det foreslås bevilget 12,4 mill. kroner til selvhjelp i 2010.

Informasjon og holdninger

For å øke kunnskapen om psykisk helse og hjelpetilbudet hos minoritetsspråklige, er det utarbeidet informasjonsmateriell på de 17 mest brukte mino-

ritetsspråkene, som er gjort gratis tilgjengelig for tjenesten.

Befolkningskampanjen «Et åpent sinn» ble videreført i 2009. Målet med kampanjen er å øke befolkningens kunnskap om psykisk helse, psykiske lidelser, hjelpetilbud og rettigheter. I 2009 var målgruppen voksne.

Økt kunnskap og åpenhet er en nødvendig del av arbeidet for å forebygge psykiske problemer. Studier viser at det er nødvendig med et kontinuerlig fokus for å opprettholde kunnskap og forhindre negative holdninger knyttet til mennesker med psykiske lidelser. Det legges opp til å bruke kommunikasjonstiltak for å forsterke innsatsen rettet mot eldre med psykiske problemer og i forebygging av angst og depresjon. Arbeidet med å øke åpenheten i samfunnet via markering av Verdensdagen for psykisk helse fortsetter. I samarbeid med andre departementer vil finansiering av ungdomstelefonen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner bli videreført.

Kvalitets- og kompetansehevende tiltak

Veiledere og retningslinjer

Nasjonale veiledere og retningslinjer er sentrale virkemidler for å stimulere til kunnskapsbasert praksis i tjenestene. Helsedirektoratet ga i 2008 ut Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester og Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. I 2009 er Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten gitt ut. I 2009/2010 publiseres Nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse samt Nasjonal veileder for psykososiale tiltak ved kriser, katastrofer og ulykker.

Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av bipolare lidelser hos barn, unge og voksne samt Nasjonale retningslinjer for utredning og behandling av psykoselidelser er under arbeid.

For 2010 er det planlagt et prosjekt knyttet til Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av spiseforstyrrelser. Det er i 2008 og 2009 utviklet og implementert prioriteringsveiledere i psykisk helsevern for barn og unge, samt voksne. Veilederne skal sikre at mennesker med psykiske lidelser får den hjelpen de trenger.

Arbeidet med implementering av nasjonale retningslinjer og veiledere er sentralt for at anbefalingene skal påvirke praksis. Det skal utvikles implementeringsstrategier i samarbeid mellom Helsedirektoratet, regionale helseforetak, kommuner og andre relevante sektorer. Direktoratet igangsatte i 2009 et forprosjekt for kompetanseheving og kvalitetsutvikling i kommunene og psykisk helsevern.

Stimuleringstiltak for psykologer og psykiatere

Den statlige støtten til de regionale utdanningsprogrammene om økt rekruttering av psykiatere ble avviklet i sin opprinnelige form fra og med 2009, og forutsatt ivaretatt innenfor rammen av de regionale helseforetakenes ansvar. Økt rekruttering av legespesialister til psykisk helsevern er signalisert som en prioritert oppgave i de årlige oppdragsdokument til de regionale helseforetakene.

Dobbeltkompetanseprosjektet med samtidig spesialist- og forsker utdanning for psykologer skal evalueres i 2010 som en følgeevaluering til prosjektet avsluttes. Prosjektet startet i 2004 og de siste kandidatene vil være ferdige i 2013. Evalueringen skal belyse om prosjektet samsvarer med de forutsettingene som ble lagt om å styrke kapasiteten i utdanningsinstitusjonene, og om prosjektet kan utvikles i tråd med politiske føringer om satsing på psykologer i kommunene, økt vektlegging av forebygging, mestring og normalisering, samt fokus på tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid. Arbeidet med økt rekruttering av psykologer til kommunene er fortsatt et prioritert område og er nærmere omtalt under post 60.

Kompetansehevende tiltak for høyskoleutdannet personell

Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge

Utdanningen er utviklet for å styrke høyskoleutdannet personells kompetanse og bidra til bedre samarbeid og koordinering av tjenestene til barn og unge, samt ha fokus på mestring. Utdanningen ble etablert i 2007 ved 10 høgskoler/ universiteter. De første kullene ble uteksaminert våren 2009. 14 høgskoler/ universiteter fikk i 2009 tilskudd til å starte opp nye kull. Utviklingen av det faglige innholdet følges opp av Helsedirektoratet. Det er satt et særlig fokus på rusarbeid og tidlig intervensjon til risikoutsatte barn og unge. Det foreslås å bevilge 25 mill. kroner til dette formålet i 2010.

Tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid

Videreutdanningen i psykisk helsearbeid har vært et sentralt virkemiddel for å bidra til økt kompetanse i tjenestene. I perioden 2000-2008 har om lag 6300 studenter fullført videreutdanningen i psykisk helsearbeid ved 20 høgskoler. Den gode rekrutte-

ringen må sees i sammenheng med tilskuddsordningen til kommunene over post 60. Satsingen er evaluert med hovedfokus på målene om brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid. Resultatene er i stor grad positive, og forbedringsområdene vil bli fulgt opp.

Institutter, foreninger og ledelsesprogram for kommuner

En rekke foreninger og institutter mottok støtte til sin virksomhet i 2008. Institutt for psykoterapi og Norsk psykoanalytisk institutt utdanner veiledere for spesialistutdanningene for psykiatere og psykologer. Andre institutter tilbyr tverrfaglige videre- og etterutdanninger rettet både mot høyskole- og universitetsutdannet personell. Videre- og etterutdanningene inkluderer ulike metoder som i dag benyttes innen psykisk helsevern. I 2008 deltok om lag 1800 kandidater på ulike etter og videreutdanningskurs som hadde en varighet på ett år eller mer. Om lag 3700 psykologer deltok på etter- og videreutdanningskurs i regi av Norsk psykologforening.

Det vil bli igangsatt en gjennomgang av de private instituttenes og foreningenes rolle i videre- og etterutdanningstilbudet, herunder kvalitet og innhold i instituttenes utdanningstilbud.

Kommunene arbeider med videreutvikling av tilbud og tjenester for mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer. For å styrke dette arbeidet er det utviklet et ledelsesprogram Flink med folk, i regi av KS. Det foreslås å bevilge 3 mill. kroner til et fornyet ledelsesprogram Flink med folk og samhandling.

Strategi for kommunalt arbeid for barn og unges psykiske helse

Departementet arbeider med en strategi for kommunalt arbeid for barn og unges psykiske helse, jf. St.prp.nr. 1 (2008-2009).

Målet med strategien er at de instansene som barn og unge er i kontakt med samarbeider for å sikre et helhetlig tilbud, samt at tjenestene etablerer utadrettet arbeid inn mot de arenaer som er viktige for barn og unge. Forebyggingsperspektivet skal stå sentralt.

Psykisk helse i skolen er en nasjonal forebyggende satsing som drives av fem organisasjoner og består av seks ulike opplæringsprogrammer for elever, lærere, administrasjon og helsepersonell. Alle fylker vil være dekket innen utgangen av 2010. Manifest mot mobbing er en kunnskapsbasert tiltakspakke som forplikter departementene, KS, Utdanningsforbundet, Fagforbundet, Skolenes landsforbund og Foreldreutvalget for grunnopplæringen, til å arbeide for at alle barn og unge har et godt og inkluderende oppvekst- og læringsmiljø.

Barne- og likestillingsdepartementet nedsatte i fjor et offentlig utvalg (Flatøutvalget), som skal se på organiseringen av tilbudet til utsatte barn og unge. Organisatoriske og juridiske virkemidler er fremhevet i mandatet til utvalget, som skal levere sin innstilling i løpet av 2009. Hovedformålet er å bedre samarbeidet mellom kommunale og statlige tjenester i barnevern, psykisk helse og rusfeltet. Det ble i 2008 gjennomført et landsomfattende tilsyn med kommunale barneverns-, helse- og sosialtjenester til utsatte barn- og unge. Funnene viser at det er svikt og fare for svikt når det gjelder det å tilrettelegge for og å følge opp det nødvendige samarbeidet. Tilsynet ble gjennomført i 114 kommuner, og i 90 av disse fant tilsynsmyndigheten at forholdene ikke var i samsvar med kravene til forsvarlig samarbeid om tjenestene. I ytterligere 13 ble det pekt på forbedringsområder.

Strategien for kommunalt arbeid for barn og unges psykiske helse skal forene intensjonene i St.meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen med fokus på det kommunale ansvaret og forebygging, samt satsingen på økt rekruttering av psykologer til kommunene. Strategien vil også bygge på Flatøutvalgets arbeid, videreføring av Psykisk helse i skolen og manifest mot mobbing.

Regionsentrene for barn og unges psykiske helse (RBUP)

Regionsentrene skal bidra til å utvikle, kvalitetssikre og forvalte vitenskaplig og praksisnær tverrfaglig kunnskap og kompetanse innen alle sentrale områder i arbeid med barn og unges psykiske helse, samt bidra til at slik kompetanse er tilgjengelig. Regionsentrene står for en betydelig utdannings- og forskningsaktivitet som er av avgjørende betydning for den videre utviklingen av psykisk helsetilbudet til barn og unge.

Regionsentrene rapporterer om økt deltakelse fra ansatte i kommunene i de ulike utdanningstilbudene. Økningen er størst til de ulike etterutdanningstilbudene, hvor i overkant av tusen personer deltok i 2008 der om lag 70 pst. kom fra kommunale tjenester. Ved de ulike videreutdanningstilbudene var det over 1700 deltakere hvorav 70 pst. var ansatte fra spesialisthelsetjenesten. Regionsentrene samarbeider med helseforetak og kommunale tjenesteområder, og med relevante kompetansesentre for barn og unge. I 2008 ble sentrene evaluert ut fra innretteting på forebygging og kommunale tjenester i tråd med gitte føringer. Resultatene av evalueringen viser at RBUPene må

prioritere kommunal kompetanse i større grad. Dette vil bli fulgt opp. RBUP ene skal gjennom veiledning, undervisning og kvalitetssikring bistå kommunene i utvikling av kommunalt psykisk helsearbeid, herunder videreutvikling av familiesentermodellen. I denne sammenheng vil forankring og videreutvikling av oppgaver knyttet til forebygging vurderes. Utvikling av kompetanse på brukermedvirkning skal fortsatt prioriteres.

Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet har igangsatt et arbeid med sikte på sammenslåing av RBUP Nord og Barnevernets utviklingssenter Nord (BUS Nord). En lignende prosess er planlagt igangsatt mellom RBUP Vest og BUS Vest i 2010. Bakgrunnen for sammenslåingen er å styrke den tverrfaglige kompetansen i tjenestene, samt bedre det tverrsektorielle samarbeidet.

Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (NAPHA) startet opp høsten 2008 og er under videre oppbygging i 2009. Prioriterte oppgaver for sentret er innsamling, systematisering og formidling av dokumentasjon om psykisk helsearbeid, samarbeid med relevante fag- og kompetansemiljøer, og vurdering av behov for kompetansehevende tiltak. I 2009 har senteret særlig arbeidet med etablering av kommunale kompetansenettverk i et nært samarbeid med fylkesmennene og en nettbasert kunnskapsbase for psykisk helsearbeid, opplæringstilbud i etablering, ledelse og arbeid i ACT-team samt nettverk for disse. Senteret har videre oppdrag i forbindelse med opplegg for evaluering av økt rekruttering av psykologer til kommunene, opplegg for kartlegging av mennesker med alvorlige psykiske lidelser, veiledningsmateriell til kommunene mv. I 2010 skal senteret i tillegg til å videreutvikle igangsatt arbeid prioritere forskning, samt følge opp evalueringen av kurs i mestring av depresjon (KID). Det skal i 2010 utarbeides en forskningsstrategi. Det foreslås bevilget 18,6 mill. kroner til senteret i 2010.

Statistikkutvikling

De øremerkede midlene til kommunene fra Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) ble i 2009 innlemmet i kommunenes frie inntekter. For å følge utviklingen er kommunene bedt om å rapportere sin innsats overfor mennesker med psykiske lidelser og problemer, uavhengig av finansieringsform. Rapporteringen danner et grunnlag for å følge utviklingen på dette området.

Dataene som rapporteres til pasientregisteret for det psykiske helsevernet har fremdeles klare kvalitetsbrister. For å bedre datakvaliteten, særlig når det gjelder bruk av tvang, avsatte departementet i 2008 særskilte stimuleringsmidler til de regionale helseforetakene. Hensikten er å intensivere arbeidet med å innføre NPR-melding, benytte registreringsveileder for aktivitetsdata, og bedre kvaliteten på data.

Det er gjennomført pasienttellinger i psykisk helsevern hvert 5. år siden 1979, en punkttelling som omfatter alle pasienter innlagt på en bestemt dato. Tellingen vektlegger karakteristika ved pasientene og det tilbudet de mottar, herunder samarbeid med andre instanser. I Opptrappingsplanperioden har tellingene blitt gjennomført hvert 4 år. Det ble gjennomført en ny pasienttelling i 2007. Denne ble fulgt opp med tellinger i poliklinikkene og hos de privatpraktiserende avtalespesialistene våren 2008. Resultatene fra tellingene ble publisert i 2009 og er omtalt under del III i Statsbudsjettet.

I 2009 ble det etablert et sett med indikatorer for psykisk helse. Formålet var både å få mer kunnskap om psykisk helse i befolkingen og om kvaliteten på tjenestene som gis mennesker med psykiske vansker og lidelser. Indikatorene skal benyttes til å følge med på utviklingen i de tjenestene som har blitt styrket og bygget opp gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å følge og måle tjenesteutviklingen innen psykisk helse. Videreutvikling av kommunenes rapportering er en prioritert oppgave. Arbeidet med å bedre datakvaliteten innen psykisk helsevern vil fortsette. Indikatorsettet innen psykisk helse, som ble opprettet i 2009, skal videreføres og løpende utvikles.

Tiltak rettet mot personer med særskilte behov

Psykisk helse og rusmiddelproblemer

Kartlegginger og undersøkelser viser at en betydelig andel av pasientene i psykiske helsevern har omfattende rusmiddelavhengighet i tillegg til sin psykiske lidelse. Tilsvarende kartlegginger innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling viser at en betydelig andel rusmiddelavhengige personer også har en psykisk lidelse. Tjenestene må være organisert slik at de på en best mulig måte er tilpasset de sammensatte hjelpebehovene.

Det er utarbeidet retningslinjer for utredning og behandling av personer med en samtidig rusavhengighet og en psykisk lidelse. Det er et betydelig behov for å styrke kompetansen i kommunene for å få etablert en helhetlig behandlings- og oppfølgingstjeneste til gruppen.

Psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser

Det er gitt tilskudd til utvikling av ulike modeller for god oppfølging og samhandling rundt brukere med utviklingshemning og utagerende atferd/ psykiske lidelser, samt kompetansehevende tiltak for personale på tvers av tjenestenivåer. Disse prosjektene følges opp og videreformidles via Nasjonalt kompetansemiljø for utviklingshemming (NAKU), jf. omtale på kap. 761, post 75. Nasjonalt fagnettverk for utviklingshemming og psykiske lidelser er etablert, og rapporterer at det finnes sterke fagmiljøer og kunnskap i Norge på dette feltet, men at de er få og svært ulikt fordelt i landet.

Arbeid og arbeidsrettede tiltak

Regjeringens strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007 – 2012) viderefører og styrker den arbeidsrettede innsatsen i Opptrappingsplanen for psykisk helse, herunder et sterkere rehabiliteringsfokus. Strategiens målgruppe er personer med alt fra lettere til omfattende psykiske lidelser, inkl. personer som i tillegg har rusmiddelproblemer. Nærmere 250 mill. kroner fra Opptrappingsplanen ble stilt til rådighet i 2008 til oppfølging av strategiplanen, fordelt med 218 mill. kroner over Arbeids- og inkluderingsdepartementets budsjett. Strategien forutsetter utstrakt samarbeid med partene i arbeidslivet og brukerorganisasjoner.

Strategiplanen favner vidt og har i hovedsak fokus på videreutvikling av arbeidsmetoder, tjenester og tiltak. Dette omfatter også nybrottsarbeid. Noen sentrale tiltak er tettere oppfølging av den enkelte; bl.a. er det ansatt veilednings- og oppfølgingsloser på flere større NAV-kontor. Det pågår metodeutvikling og forskning om jobbmestrende oppfølging, både for personer med psykoselidelser og for mennesker med lettere psykiske lidelser. Brukermedvirkning og samarbeid mellom NAV og helsetjenesten er styrket, likeledes kompetansetiltak lokalt. Kurspakker for arbeidslivet utarbeides. Det er fordelt midler til lavterskel arbeidsrettede brukertiltak i kommunene.

Merknad til budsjettforslaget

Følgende endringer foreslås på posten:

- bevilgningen reduseres med 10 mill. kroner mot at kap. 762, post 60 øker tilsvarende for å styrke psykologkompetansen i kommunene.
- bevilgningen reduseres med 3 mill. kroner mot at kap. 725, post 01 øker tilsvarende for å styrke Helsebibliotekets arbeid med psykiskhelsefeltet.
- 1 mill. kroner flyttes til kap. 764, post 21 som en oppfølging av St.prp. nr. 67 (2008-2009).
- bevilgningen reduseres med 4 mill. kroner mot at kap. 762, post 70 øker tilsvarende for å styrke allmennmedisinske forskningsenheters arbeid med psykisk helse.

Post 73 Vold og traumatisk stress

Formålet med posten er å øke kunnskapsgrunnlaget og styrke kompetansen for å bedre tjenestene til volds- og traumerammede som for eksempel traumatiserte flyktninger, personer som har vært utsatt for seksuelle og fysiske overgrep, mennesker som har vært utsatt for eller vært vitne til vold i nære relasjoner. Posten omfatter også midler til forskning og kompetanseutvikling om voldsutøvere og overgripere, og til styrking av selvmordsforebyggende arbeid.

Nasjonal forskning og kompetanseutvikling

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) ble etablert i 2004 som en tverrdepartemental satsing. Målsettingen for senteret er å styrke forskning, utviklingsarbeid, kunnskapsformidling og kompetanseutvikling på vold- og traumefeltet på nasjonalt nivå. Senteret driver omfattende tverrfaglig forsknings- og utviklingsarbeid, og er aktiv i å formidle de norske erfaringene i internasjonale fora.

Regional kompetanse på vold- og traumefeltet

I perioden 2006 – 2008 ble det etablert 5 regionale ressurssentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). Mål for sentrene er å bidra til bedre og mer helhetlige tjenester gjennom å arbeide for økt kompetanse og bedre tverrfaglig og tverretatlig samarbeid i regionen. Sentrene skal bistå det utøvende tjenesteapparatet (barnevern, helsetjenester, familievern, politi etc.) med informasjon, veiledning og kompetansebygging. Dette gjelder også i forhold til krisesentrene, jf. lov 19. juni 2009 nr. 44 om kommunale krisesentertilbod (ikrafttredelse fra 1. januar 2010). De skal bidra til å etablere nettverk mellom relevante samarbeidspartnere i regionen. Ressurssentrene har også oppgaver knyttet til handlingsplanen Vold i nære relasjoner (2008 – 2011) Vendepunkt, jf. omtale nedenfor, Handlingsplan mot tvangsekteskap (2008-2011) og Handlingsplan mot kjønnslemlestelse (2008-2011), se også kap. 762 Primærhelsetjenester.

Sentrene har i 2009 fått nye oppgaver og ressurser knyttet til arbeidet mot implementering av

sinnemestringsprogrammet sammen med Brøset kompetansesenter, kompetansetiltak og veiledning om religiøse miljøer og avhopperproblematikk. Kunnskaps- og kompetanseutvikling i tjenesteapparatet for bedre behandling og oppfølging av flyktninger/asylsøkere og andre traumatiserte fortsetter. Asylsøkere og flyktninger er omtalt under kap. 762 Primærhelsetjenester.

Fire av sentrene er forankret i helseforetakene, mens det sist etablerte senteret er forankret i Barne- ungdoms- og familieetaten region Sør (RVTS Sør). Ressurssentrene forankring skal evalueres. Evalueringen igangsettes i 2010.

Særskilte tiltak og målgrupper

Handlingsplan «Vold i nære relasjoner» (2008-2011) Vendepunkt

Handlingsplanen har som mål å bidra til at politiet, utdanningsinstitusjoner og hjelpeapparatet blir bedre skolert, mer samordnet og dyktigere til å avdekke, forebygge og ivareta de sammensatte problemstillingene vold i nære relasjoner reiser. Handlingsplanen koordineres av Justis- og politidepartementet.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) skal gjennom flere tiltak bidra til at behandlingstilbudet til voldsutøvere styrkes og at det blir økt samarbeidskompetanse og kunnskap om vold i nære relasjoner i hjelpeapparatet. Det er for eksempel utarbeidet en veileder/mal for kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner. De regionale ressurssentrene (RVTS) har et særlig ansvar for kunnskapsformidling til tjenesteapparatet, herunder veiledning av kommunene i utarbeidelsen av handlingsplaner. I løpet av planperioden skal det gjennomføres en evaluering av overgrepsmottakene. Overgrepsmottakene er lavterskeltilbud forankret i kommunale/interkommunale legevakter og gir akutt hjelp til personer utsatt for vold i nære relasjoner og/eller seksuelle overgrep. Kompetansemidler er bevilget til mottakene.

Barnehusene

Barnehusene skal gi et bedre tilbud til barn som utsettes for overgrep ved at blant annet dommeravhør, medisinsk undersøkelse og behandlingstilbud tilbys samlet. Barnehusene skal bidra til å styrke samarbeidet mellom de involverte faginstansene og dermed sikre best mulig ivaretakelse av barnet og behandling av saken. Den nærmere utforming og organisering av barnehusene utarbeides regionalt/lokalt i samarbeid med berørte instanser. RVTS har et særlig ansvar for å bygge opp kompetanse på området og formidle kunnskap til tjenesteapparatet.

De første barnehusene ble etablert i Bergen og Hamar i 2007. I 2008 åpnet Barnehuset Kristiansand og i løpet av 2009 er barnehusene i Trondheim, Tromsø og Oslo blitt åpnet. Arbeidet med barnehusene er et tverrdepartementalt samarbeid. Justisdepartementet leder arbeidet.

Selvmordsforebygging

Det registreres årlig om lag 550 selvmord i Norge. I tillegg kommer et ukjent antall selvmordsforsøk. Selvmordsraten har holdt seg relativt stabil de senere årene. Det overordnede målet for arbeidet er å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk, og å bedre livskvalitet og omsorg for alle som blir berørt av selvmord eller selvmordsforsøk.

Strategien Satsingsområder og tiltak innen selvmordsforebygging 2009-2012 danner grunnlaget for det nasjonale selvmordsforebyggende arbeidet i perioden. Den vektlegger tiltak for å bedre nasjonal statistikk, identifisering og vurdering av tiltak mot spesielle risikogrupper, intervensjonstiltak med effektvurdering og hjelp til etterlatte etter selvmord.

Helsedirektoratet ga i 2008 ut Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. For kommunal sektor er det særlig viktig å styrke den generelle kunnskapen og kompetansen hos ansatte i kommunen, som fastlege, psykologer, lærere, ansatte ved helsestasjonstjenesten og skolehelsetjeneste og ansatte i omsorgstjenestene. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging vil i 2009 i samarbeid med andre relevante aktører utarbeide veiledende materiell om selvmordsforebygging til kommunale tjenester.

Helsetjenester til FN/NATO veteraner

Regjeringen har i Stortingsmelding nr. 34 (2008-2009) Fra vernepliktig til veteran – om ivaretakelse av personell før, under og etter deltakelse i utenlandsoperasjoner, redegjort for tiltak overfor denne gruppen. Som del av oppfølgingen av meldingen vil det bli utarbeidet en opplæringspakke for leger og psykologer i samarbeid mellom Forsvarets sanitet og RVTS- Øst. Formålet er å sikre at denne gruppen tilbys adekvat helsehjelp både i de kommunale og de spesialiserte helsetjenestene.

Minoritetshelse

Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) skal drive kunnskapsformidling, forsknings- og utviklingsarbeid og informasjonsutveks-

ling nasjonalt og internasjonalt om somatisk og psykisk helse og omsorg for mennesker med minoritetsbakgrunn. Målet for arbeidet er likeverdige helsetjenester for hele befolkningen. NAKMI skal bidra til økt kunnskap om minoritetshelse og utvikling av helsetilbudet til minoritetsgrupper med flyktning- og innvandrerbakgrunn gjennom å fremskaffe, samordne og formidle tverrfaglig kunnskap og kompetanse og legge til rette for utveksling av kunnskap og erfaring. NAKMI har som primær målgruppe helsepersonell og andre som arbeider med minoritetshelse. NAKMI bidrar bl.a. i arbeid mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse.

Merknader til budsjettforslaget

– Det foreslås å flytte midler til drift av Regionalt ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging – sør, på 12,39 mill. kroner til kap. 764, post 21 Spesielle driftsutgifter.

Kap. 769 Utredningsvirksomhet mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 70*			29 837
70	Utredningsvirksomhet mv., *kan nyttes under post 21*			4 200
	Sum kap. 769			34 037

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er
– bevilgningen under kap. 760, post 21 flyttet til kap. 769, post 21.
– bevilgningen under kap. 760, post 70 flyttet til kap. 769, post 70.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker blant annet utgifter til utredningsvirksomhet, informasjonsvirksomhet, utvalgsarbeider, ekspertgrupper, mv. knyttet til primærhelsetjenester, sosiale tjenester og pleie- og omsorgstjenester. For å få et klarere skille mellom de midlene som går som tilskudd og de som går til dekning av spesielle driftsutgifter, er midlene fordelt mellom post 21 og post 70 Tilskudd. Det er gitt en samlet beskrivelse av formålene under post 21.

Avtalen med KS om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Avtalen ble inngått i september 2006 og er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren, representert ved KS.

Tiltakene i avtalen knytter seg til utvikling av tjenestene, personell, kompetanse, arbeidsmiljø og ledelse, samt styring, planlegging og kvalitetssikring. Kommunenes arbeid med rus og psykisk helse inngår også i avtalen. Helsedirektoratet har en sentral rolle i utvikling og oppfølging av tiltak i avtalen.

Målsettingene i avtalen er i 2008/2009 blant annet blitt fulgt opp gjennom ledelsessatsingen Flink med folk i første rekke, rekrutteringssatsingen Aksjon helsefagarbeider og satsingen på etisk kompetanseheving i samarbeid med yrkesorganisasjonene. Lokal normering av legetjenesten i sykehjem, satsing på elektronisk samhandling i kommunene, effektiviseringsnettverk og videreutvikling av kvalitetsindikatorer er også en del av avtalen. For 2009 ble det bevilget 5 mill. kroner til tiltak i avtalen, herunder prosjektet Etisk kompetanseheving. Bevilgningen foreslås videreført i 2010.

Avtalen løper ut i 2010. Departementet vil ta opp spørsmålet om ny avtale gjennom møter i konsultasjonsordningen mellom staten og kommunesektoren.

Senter for medisinsk etikk

For å sikre en langsiktig forankring og systematisk oppfølging og evaluering av arbeidet med etisk kompetanseheving i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ble det i 2009 tildelt midler til Senter for Medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Bevilgningen foreslås videreført i 2010. Det vises til rapportering under kap. 761.

Handlingsplan: Bedre tilbudet om helsehjelp og sosiale tiltak til ofre for menneskehandel

Som en oppfølging av Regjeringens handlingsplan mot menneskehandel utbetales det midler over posten. I 2008 ble det utbetalt midler til prosjekt i tråd med handlingsplanens tiltak *10 trygge bosteder med tilpasset oppfølging.* Prosjektet, som også mottar tilskudd fra Barne- og likestillingsdepartementet og Arbeids- og velferdsdirektoratet, er videreført i 2009. I tillegg er det i 2009 tildelt midler til prosjekter i Stavanger og Bergen under de tiltak i handlingsplanen som faller inn under Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde.

Den kulturelle spaserstokken

Bevilgningen til Den kulturelle spaserstokken ble i 2009 økt til 20 mill. kroner. Bevilgningen er delt med 10 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementet budsjett og 10 mill. kroner over Kultur- og kirkedepartementets budsjett. Bevilgningen over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett foreslås styrket i 2010 med 4 mill. kroner, slik at det til sammen bevilges 14 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett i 2010. Det vises for øvrig til rapportering på kap. 761, og omtale i Kultur- og kirkedepartementets budsjettproposisjon for 2010.

Drift landsdekkende kontakttelefon for eldre utsatt for vold

Kontakttelefonen ble etablert den 1. desember 2008 (grønt nummer 800 30 196). Nasjonal kontakttelefon er et 3-årig prosjekt finansiert av Helsedirektoratet. Vern for eldre i Oslo kommune har ansvaret for å betjene kontakttelefonen. Formålet med telefonen er at den som henvender seg skal få råd og veiledning om temaet. Både den som er utsatt for vold, pårørende og ansatte i tjenesten kan benytte tilbudet. I tillegg til å gi råd og veiledning i enkeltsaker, vil kontakttelefonen bidra til å synliggjøre temaet. Det vil bli lagt vekt på å samle erfaringer om hvordan en slik telefon bør drives, og om denne type tilbud er et egnet tiltak for å ivareta dette problemområdet

Tjenester til personer med demens

For å utvikle et sterkere kunnskapsgrunnlag om utforming av bo- og institusjonstilbud for mennesker med demens og organisering av tjenestene slik at disse styrker samspillet med familie og pårørende, er det iverksatt to utredningsarbeider. En samlet rapportering fra utredningsarbeidene vil foreligge høsten 2009.

En av hovedsatsingsområdene i Demensplan 2015 er å øke dagaktivitetstilbudet for å gi mennesker med demens en meningsfull hverdag. For å sikre utvikling av hensiktsmessige og kostnadseffektive dagtilbud, som kan avlaste pårørende og bidra til å forebygge eller utsette institusjonsinnleggelser, er det behov for økt kunnskap om kostnader og effekter av ulike tilbud. Det foreslås derfor et utredningsarbeid for å sikre et bedre kunnskapsgrunnlag for utvikling av gode og forebyggende dagaktivitetstilbud for mennesker med demens.

Hjemmetjenestene og deres nye brukere

Det er nødvendig å utvikle gode prognoser knyttet til omsorgstjenestens framtidig hjelpebehov, kompetansebehov, bemanning, ressursfordeling og finansiering. Det er derfor satt i gang utredningsarbeider hvor det foretas helhetlige kartlegginger og analyser av utvikling og status for den kommunale hjemmetjenesten og alle dens ulike brukergrupper. Dette arbeidet vil også være viktig i oppfølgingen av samhandlingsreformen, fordi mange av brukerne har behov for omfattende og langvarige tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse– og omsorgstjenesten. Første fase av utredningsarbeidet ferdigstilles høsten 2009.

Det er behov for ytterligere kunnskap om utviklingen av tjenestetilbudet i de kommunale omsorgstjenestene sett i lys av de etterspørselsendringene som har funnet sted de siste 10 årene. Undersøkelser tyder på at tjenestene har problemer med å omstille seg faglig, kompetansemessig eller organisatorisk til de raske og store endringene i brukergrupper og tjenestebehov. Det foreslås derfor midler til ytterligere utredningsarbeider til formålet i 2010.

Tjenester til personer med nevrologiske lidelser

Personer med nevrologiske lidelser er en av de store nye brukergruppene i den kommunale omsorgstjenesten under 67 år. Ifølge foreløpige beregninger som Helse- og omsorgdepartementet har fått utført, har årsverksveksten for denne brukergruppen og yngre brukere med somatiske sykdommer vært på om lag 100 pst. i perioden 2002-2007. Mennesker med nevrologiske lidelser har i motsetning til andre brukergrupper ikke vært omfattet av reformer eller handlingsplaner.

Som en del av arbeidet med Nevroplan 2015 skal det foretas kunnskapsoppsummeringer og

utredninger for å få mer kunnskap om brukerne og kunne planlegge et framtidig tjenestetilbud i kommunene som er tilpasset deres behov. Svært mange av disse brukerne har langvarige nevrologiske lidelser med alvorlige funksjonstap. Oppfølging fra spesialisthelsetjenesten vil være helt avgjørende i forhold til brukere med nevrologiske lidelser. Utvikling av gode modeller for samhandling mellom de kommunale omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten er derfor sentralt. Det foreslås bevilget 2 mill. kroner til utredningsarbeider til Nevroplanen i 2010. Det vises også til omtale i kap. 761.

Innovasjon og omsorg

Regjeringen oppnevnte i juni 2009 et utvalg (Hagen-utvalget) som skal utrede muligheter og foreslå nye innovative grep og løsninger for å møte framtidas omsorgsutfordringer, spesielt med vekt på

- ny teknologi
- arkitektur og nye boformer
- brukerinnflytelse og egenmestring
- forskning og utvikling

Utvalget skal avgi sin innstilling innen første halvår 2011.

I samarbeid med Nærings- og handelsdepartementet foreslås det å sette av midler i 2010 til utvalgets arbeid.

Omsorg og samhandling

Samhandlingsreformen legger til grunn at den forventede behovsveksten i en samlet helse- og omsorgstjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. For å planlegge og legge til rette for en langsiktig kvalitets- , kompetanse- og kapasitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er det behov for et sterkere forskningsbasert kunnskapsgrunnlag. Det foreslås på denne bakgrunn å gjennomføre kunnskapsoppsummeringer og utredninger for å få mer kunnskap om utvikling av oppgaver og virksomhetstyper, framtidig kompetansebehov og hensiktsmessig og effektiv organisering og ressursfordeling. Det foreslås 2 mill. kroner til dette formålet i 2010.

Forslag 2010

Det foreslås at bevilgningen går til følgende formål i 2010:

- Avtale mellom regjeringen og KS om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgssektoren, herunder prosjektet «Etisk kompetanseheving».
- Tilskudd til Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo.
- Satsing på kulturtiltak i omsorgssektoren: «Den kulturelle spaserstokk».
- Kontakttelefon for eldre utsatt for vold.
- Kompetanse om kommunal planlegging.
- Handlingsplan for å bedre tilbudet om helsehjelp og sosiale tiltak til ofre for menneskehandel.
- Utvalg om «Innovasjon og omsorg».
- Hjemmetjenestene og deres nye brukere.
- Tjenester til personer med demens.
- Tjenester til personer med nevrologiske lidelser.
- Omsorg og samhandling.
- Forsknings- og utviklingsprosjekter.
- Diverse tilskudd til enkelttiltak innen helse- og omsorgstjenester.

Merknader til budsjettforslaget

Som en del av Omsorgsplan 2015 er det foreslått å styrke bevilgningen med 8 mill. kroner til følgende formål:

- 2 mill. kroner til forskningsprosjekter på omsorg og samhandling.
- 2 mill. kroner til nevroplan.
- 4 mill. kroner til den kulturelle spaserstokk.

Post 70 Utredningsvirksomhet mv.

Midlene foreslås videreført i 2010. Når det gjelder bruk av midler på denne bevilgningen, vises det til nærmere omtale under post 21.

Programkategori 10.70 Tannhelsetjenesten

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
770	Tannhelsetjeneste			70 486	
	Sum kategori 10.70			70 486	

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
01-23	Statens egne driftsutgifter			9 804	
70-89	Andre overføringer			60 682	
	Sum kategori 10.70			70 486	

Kategori 10.70 Tannhelsetjenesten omhandler statlige tilskudd og virksomhet som retter seg mot hele tannhelsetjenesten.

Brukere av tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten i Norge består av en fylkeskommunal sektor som yter tannhelsetjenester til deler av befolkningen etter Lov om tannhelsetjenesten, og en privat sektor som i hovedsak tilbyr tannhelsetjenester til den øvrige befolkningen. Om lag tre fjerdedeler av tannlegeårsverkene i 2008 ble utført i privat sektor. Befolkningens rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester fremgår av Lov om tannhelsetjenesten og i Lov om folketrygd.

Fylkeskommunen skal etter tannhelsetjenesteloven sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller oppholder seg i fylket. Fylkeskommunen er videre pålagt et samordningsansvar for den offentlige (fylkeskommunale) tjenesten og privat sektor. Fylkeskommunen skal gjennom den offentlige tannhelsetjenesten organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen og gi et regelmessig og oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester til definerte grupper i lovens § 1-3. Gruppene er barn og ungdom 0-18 år, psykisk utviklingshemmede, eldre langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie, ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret, og andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere. Den offentlige tannhelsetjenesten kan i tillegg yte tjenester til voksent betalende klientell etter fylkeskommunens bestemmelser og fastsatte takster.

Personer med gitte lidelser og/eller sykdomstilstander i munnhulen, og som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, kan få stønad til tannbehandling etter folketrygdens regelverk. Størstedelen av tannbehandling med trygdefinansiering blir utført i privat sektor. Det vises til omtale av stønad ved behandling hos tannlege under kapittel 2711, post 72, i programomtale 30 Stønad ved helsetjenester.

Personell

Samlet sett for tannhelsesektoren har antall årsverk for tannleger økt fra om lag 3 800 til om lag 4 100 i perioden fra 2004 til 2008 (omlag 8 pst). For tannlegespesialister har økningen vært fra 200 til 380 årsverk i samme periode. Årsaken til den store økningen er at tre fagområder med tidligere videreutdanninger ble formelt godkjent som spesialitet

fra 2007. Antall tannpleierårsverk er økt fra 600 til 750 årsverk i samme periode (25 pst.). Antall tannleger med utenlandsk bakgrunn har økt fra i overkant 650 til om lag 1000 i perioden. Litt over halvparten av disse arbeider i privat sektor.

Finansiering

Fylkeskommunenes samlede brutto driftsutgifter til tannhelsetjenester var på nærmere 2,1 mrd. kroner i 2008. Dette tilsvarer en økning på 6,6 pst. i forhold til i 2007. Det ble i 2008 utbetalt 1 160 mill. kroner i stønad til tannbehandling med hjemmel i kapittel 5 i folketrygdloven.

Utfordringer for tannhelsetjenesten

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

Det fremgår av meldingen at det overordnede målet for tannhelsetjenesten er å utjevne sosiale forskjeller i tannhelse. Likeverdighet i tjenester og bedre tilgjengelighet for dem som trenger det mest forutsetter god kunnskap om ulikheter og hvordan ulikhetene gir seg utslag for den enkelte. Videre forutsetter det tilstrekkelig med kvalifisert personell i hele landet. Offentlig finansiering i kombinasjon med lavterskeltilbud og oppsøkende virksomhet kan også være avgjørende for et likeverdig tilbud.

I tillegg til omtalen nedenfor, vises det til nærmere omtale under kap. 770, post 21 og 70, samt kap. 2711, post 72.

Tjenester til dem som trenger det mest

Målrettede offentlig finansierte tannhelsetjenester til dem som trenger det mest forutsetter et regelverk med entydige vilkår. Helse- og omsorgsdepartementet har startet arbeidet med revisjon av lov om tannhelsetjenesten. Før det kan fremmes forslag om å utvide de lovfestede rettighetene til offentlig finansierte tannhelsetjenester, er det behov for nærmere kunnskap om blant annet tannhelsetilstanden i voksenbefolkningen. Nasjonalt folkehelseinstitutt har kartlagt kunnskap om tannhelsen i Norge. Det eksisterer ikke noen nasjonal oversikt over tannhelsetilstanden i voksenbefolkningen, og/eller over voksne personers behov for behandling av tannsykdom eller odontologisk rehabilitering. Det finnes også lite kunnskap om tannhelsen og behandlingsbehovet til de grupper av befolkningen som har et stort underforbruk av tannhelsetjenester, og om årsakene til at mange innbyggere ikke oppsøker tannpleier/tannlege. I tillegg finnes det sparsomt med data om munnhulelidelser, tannskader og tilstander forårsaket av medisinsk behandling og sykdommer som kan gi symptomer i munnen.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har fått i oppdrag av departementet å utarbeide en plan for bedre overvåkning av befolkningens tannhelse. Slik overvåkning vil også gi bedre grunnlag for forskning.

Anmodningsvedtak

Vedtak nr. 392, 7. mars 2008

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

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av St.meld. nr. 35 (2006-2007) om framtidas tannhelsetjenester, jf. Innst. S. nr. 155 (2007-2008).

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide forslag til vilkår for og kostnadsanalyse for tannbehandling til både tortur og overgrepsofre og til personer med odontofobi. Dette vil Helse- og omsorgsdepartementet komme tilbake til på et senere tidspunkt.

Likeverdig tilgjengelighet til tannhelsetjenester

Utfordringene i allmenntannhelsetjenesten når det gjelder tilgjengelighet er i hovedsak avgrenset til de områder eller distrikter hvor offentlige tannlegestillinger står ubesatt over lengre tid. De siste årene har personellsituasjonen i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten blitt noe bedre. Bedringen kan delvis forklares med tiltak satt i verk i forbindelse med tiltaksplanen for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid. Ved Universitet i Tromsø ble de første elleve tannlegene uteksaminert våren 2009. Oppbygging av denne utdanningen vil i løpet av en treårsperiode bidra til en samlet økning i utdanningskapasiteten av tannleger fra 113 til 153 per år og til en bedre geografisk spredning av tannleger.

Når det gjelder spesialisttannhelsetjenester er utfordringene sammensatte. Noen utfordringer er knyttet til dimensjonering og finansiering av spesialistutdanningen. All spesialist- og videreutdanning var tidligere organisert og finansiert av de lærestedene som utdanner tannleger. Slik utdanning har vært ulønnet for spesialistkandidatene og har foregått i universitetenes lokaler. Helse- og omsorgsdepartementet er i gang med å overta ansvaret for finansieringen og vil legge til rette for at en større

del av utdanningen skal foregå desentralisert i samarbeid med de regionale odontologiske kompetansesentrene. Dette anses som et virkemiddel for å få en bedre geografisk fordeling av tannlegespesialister. Det vises til nærmere omtale av tilskuddsmidler under kapittel 770.

Effektiv ressursutnyttelse

En effektiv ressursutnyttelse av tannhelsepersonell tilsier større endringer i oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger, og at tannpleiere i økende grad ivaretar førstelinjerollen med regelmessige tannhelsekontroller. Dette forutsetter økning i utdanningskapasiteten av tannpleiere og betydelige strukturendringer når det gjelder klinikk- og praksisstruktur, særlig innenfor privat sektor. Strukturendringer er under gjennomføring både i fylkeskommunal og i privat sektor. De fleste tannpleiere arbeider i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, men økningen i antall årsverk har vært størst i privat sektor i perioden fra 2004 til 2008. Antall årsverk utført av tannpleiere i 2008 var 400 i fylkeskommunal tannhelsetjeneste og 350 i privat sektor.

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

Forbrukerrettigheter og prisinformasjon

Det er behov for å styrke forbrukernes posisjon i forbindelse med prisinformasjon på tannhelsetjenester. I de tilfeller trygden yter hel eller delvis refusjon til tannbehandling, beregnes refusjonen etter statens honorartakster. Pasientens egenbetaling vil dermed kunne variere, avhengig av nivået på tannlegens pris. Helse- og omsorgsdepartementet har etablert et samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet vedrørende endringer av forskrift om prisopplysning ved tannlegetjenester og etablering av en prisopplysningstjeneste for tannbehandling.

Kunnskapsutvikling

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

Regionale odontologiske kompetansesentre vil være viktige aktører for å øke kunnskapen i en samlet tannhelsetjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet vil bidra til å finansiere forskning i tannhelsetjenesten gjennom blant annet tilskudd til odontologiske kompetansesentre. Se omtale under kapittel 770.

Et styrket forvaltningsnivå

Fylkeskommunene skal ivareta sentrale oppgaver i videreutviklingen og forbedringen av tannhelsetjenester til befolkningen i landet. Forvaltningsansvaret vil bli nærmere gjennomgått og presisert i arbeidet med revisjon av Lov om tannhelsetjenesten. Departementet har oppfordret fylkeskommunene til utstrakt samarbeid på tvers av forvaltningsnivå og tjenesteområder.

Kap. 770 Tannhelsetjeneste

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 70*			9 804
70	Tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*			60 682
	Sum kap. 770			70 486

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er:

- bevilgningen under tidligere kap 727, post 21 flyttet til kap 770, post 21.

– bevilgningen under tidligere kap 727, post 70 flyttet til kap 770, post 70, og 2,5 mill. kroner fra kap. 724, post 71 er flyttet til kap 770, post 70 (Niom).

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Kan nyttes under post 70, se omtalen under.

Post 70 Andre tilskudd

Departementets mål for tilskudd til tannhelsetjenesteformål er likeverdig tilgjengelighet, økt kunnskapsgrunnlag og kompetanse og bedre sosial utjevning i tannhelse.

Midler fra kap. 770, postene 21 og 70 har følgende delmål:

Tilgangen på og geografisk fordeling av kvalifisert tannhelsepersonell skal forbedres, det skal etableres regionale odontologiske kompetansesentre i alle helseregioner, kunnskapen om tannbehandlingsmaterialer må økes og det skal legges til rette for sikker bruk av slike materialer. I tillegg skal innsatsen på forebyggende tannhelsearbeid intensiveres, det skal stimuleres til faglig og organisatorisk utviklingsarbeid i fylkeskommunene og kvaliteten på tannhelsetjenesten skal bli bedre.

Tilgang på og geografisk fordeling av tannhelsepersonell

Formål og hovedprioriteringer

Formålet er å bidra til tilstrekkelig tilgang på kvalifisert tannhelsepersonell og sikre en likeverdig geografisk tilgjengelighet til tannhelsetjenester.

Resultatrapportering og satsning

Midler er benyttet til å videreføre kvalifiseringsprogram for tannleger som er bosatt i Norge og har utdanning fra land utenfor EØS, og til rekruttering av tannlegevikarer til distrikter med spesielle bemanningsproblemer. Videre er det gitt midler til fylkeskommuner for å tilby språkkurs for tannleger rekruttert fra Tyskland.

Det er gitt tilskudd til universitetene i Oslo, Bergen og Tromsø til delfinansiering av spesialistutdanning av til sammen om lag 70 tannleger. Tilskuddet dekker ikke lønn til kandidatene. Det er gitt tilskudd til å forberede og gjennomføre desentralisert spesialistutdanning av tannleger i samarbeid med regionale odontologiske kompetansesentre i Sør-Norge, Nord-Norge og Midt-Norge. Departementet har nedsatt en arbeidsgruppe som skal kartlegge kostnader og finansiering av spesialistutdanning av tannleger. Det er igangsatt et arbeid for å prøve ut en ny breddespesialitet i klinisk odontologi i regi av Universitetet i Tromsø.

Tilskuddene skal også bidra til å øke tilgangen på tannleger med både spesialistkompetanse og doktorgrad (dobbeltkompetanse) ved de odontologiske lærestedene og ved regionale odontologiske kompetansesentre. En arbeidsgruppe har på oppdrag fra Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet forslag til et utdanningsprogram som kombinerer forskerutdanning og spesialistutdanning for tannleger i et mer effektivt løp. Det er gitt tilskuddsmidler i 2008 og 2009 til universitetene i Oslo, Bergen og Tromsø for å etablere et slikt løp. Midlene skal blant annet dekke etablering og drift av en nasjonal koordineringskomité ved Universitetet i Bergen. Det skal tas opp inntil ti kandidater til utdanningen høsten 2010, med sikte på nye opptak de påfølgende årene. Det foreslås å videreføre tilskudd til dobbeltkompetanseutdanning for tannleger i 2010. Se også Kunnskapsdepartementets budsjettproposisjon under kapittel 281, post 01.

Etableringen av regionale odontologiske kompetansesentra skal sikre befolkningens tilgang til spesialisttannlegetjenester i alle regioner. I regi av kompetansesentrene skal tannleger også få mulighet til å gjennomføre desentralisert spesialistutdanning. De regionale kompetansesentrene skal også bidra til generell kompetanseheving og fagutvikling i tannhelsetjenesten. Status i 2009 er at fylkeskommuner i alle helseregioner har inngått avtaler med staten ved Helse- og omsorgsdepartementet om etablering og drift av kompetansesentre. Egne avtaler regulerer statens tilskudd til etablering og til senere drift, forskning og fagutvikling samt til desentralisert spesialist- og videreutdanning av tannleger ved kompetansesentrene. Flere fylkeskommuner har valgt å organisere drift av kompetansesenteret gjennom å opprette interfylkeskommunale foretak. De fem regionale odontologiske kompetansesentrene er ikke kommet like langt i etableringen, og vil være i en oppbyggings- og utviklingsfase i flere år før man kan anse dem for å være i full drift. Dette skyldes i stor grad tilgangen på tannlegespesialister med nødvendig kompetanse. Det foreslås å videreføre tilskudd til etablering og drift av kompetansesentrene avhengig av hvor de er i etablerings- og utviklingsfasen.

Kunnskapsdepartementet har lagt til rette for å opprette flere utdanningsplasser for tannpleiere i 2009. Høgskolen i Hedmark har etablert tannpleierutdanning fra høsten 2009 basert på 15 nye opptaksplasser.

Det foreslås å videreføre midler til rekrutterings- og kvalifiseringstiltak for tannleger og annet tannhelsepersonell i 2010. Helse- og omsorgsde-

partementet foreslår å prioritere økning av midlene til finansiering av spesialistutdanning av tannleger både ved universitetene og i desentraliserte studieforløp. Det foreslås også å videreføre tilskudd til utprøving av ny spesialitet i klinisk odontologi.

Tannbehandlingsmaterialer

Formål og hovedprioriteringer

Formålet er å heve kvaliteten i tannhelsetjenesten gjennom å øke kunnskapen om odontologiske biomaterialer, bivirkningsproblematikk knyttet til odontologiske biomaterialer m.v.

Resultatrapportering og satsning

Nordisk Institutt for Odontologiske Materialer (Niom) har fått midler til forskningsprosjekter/aktiviteter som bidrar til bruk av sikre og holdbare tannbehandlingsmaterialer. En nordisk produktdatabase for odontologiske biomaterialer er opprettet i regi av Niom og er nå tilgjengelig for brukerne, som i hovedsak er tannleger i nordiske land. Som omtalt foran under kapittel 703 har Ministerrådet for helse- og sosialpolitikk besluttet at Niom skal omdannes til et nordisk samarbeidsorgan, organisert som et datterselskap under UniRand AS ved Universitetet i Oslo, med virkning fra januar 2010. De nordiske samarbeidsministrene har sluttet seg til dette. Formålet med denne omdanningen er å knytte Niom nærmere til aktuelle forskningsmiljøer i Norge og dermed oppnå en ønsket synergieffekt. Det er forutsatt at Niom drives videre med samme faglige profil og at den nordiske profilen opprettholdes. Det er også lagt opp til at de nordiske land er representert i styret for det kommende Niom AS.

Beslutningen innebærer at Niom blir et norsk statsaksjeselskap, basert på en samarbeidsavtale mellom Nordisk Ministerråd, Helse- og omsorgsdepartementet og UniRand AS. Finansieringen av driften skal fortsette etter samme hovedmønster som hittil. Det skal inngås en 3-årig kontrakt om økonomisk tilskudd til driften fra Nordisk Ministerråd, som finansierer 55-60 pst. av driften.

Det er vedtatt at Niom AS skal ha en aksjekapital på 100 000 kroner, hvorav minimum 51 pst. fra Universitetet i Oslo. Det foreslås at Helse- og omsorgsdepartementet eier 49 pst. av aksjekapitalen. Dette vil departementet komme tilbake til i omgrupperingsproposisjonen for 2009. Det er videre lagt til grunn at Helse- og omsorgsdepartementet skal videreføre finansieringen av Nioms deltagelse i internasjonalt standardiseringsarbeid og i finansieringen av nordisk produktdatabase mv. Til disse formål er 2,5 mill. kroner overført fra kap. 724, post 71 til kap. 770, post 70. I tillegg selger Niom tjenester på det internasjonale markedet blant annet knyttet til materialprøving og testing og mottar tilskudd for gjennomføring av forskningsoppdrag innenfor odontologiske materialer.

Videre gis midler til pasientforsøk med utskifting av fyllingsmaterialer og til drift av Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer (BVG). BVG er i ferd med å behandle resultatene fra kartleggingen av effekter av amalgamutskifting hos pasienter med mistenkte bivirkninger av amalgam. I forsøket følges 20 tilfeldig utvalgte pasienter (med tilsvarende kontrollgruppe) i fem år etter utskiftning, for å studere forandringer i helsetilstand og livskvalitet over tid. Kliniske behandlingsforsøk kan gi viktig informasjon angående helseplager etter utskiftning hos pasienter som har plager relatert til amalgam. Helsedirektoratet utga i 2008 Nasjonale retningslinjer for utredning og behandling ved mistanke om bivirkninger fra odontologiske biomaterialer.

Som oppfølging av evalueringen av virksomheten ved BVG har Helsedirektoratet fått i oppdrag å starte planleggingen av et samarbeidsprosjekt mellom tannhelsetjenesten og øvrig helsetjeneste om behandling ved mistanke om bivirkninger. Det tas sikte på oppstart av et forprosjekt i 2010. Helsedirektoratet skal utrede behovet for en endret organisatorisk tilknytning for BVG og vurdere om det er behov for etablering av et kompetansesenter/landsfunksjon på bivirkningsområdet. Vurderingen skal gjøres i forbindelse med en samlet gjennomgang av landsfunksjoner og kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten.

Det foreslås å videreføre tilskudd til forskningsprosjekter og til arbeid med bivirkningsproblematikk i 2010.

Andre tilskudd

Formål og hovedprioriteringer

Formålet er å forbedre rekrutteringen til offentlig tannhelsearbeid for å sikre at lovpålagte oppgaver kan gjennomføres. Et annet formål er å gi tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak for å bedre tannhelsen i befolkningen, samt sette den fylkeskommunale tannhelsetjenesten bedre i stand til å delta i lokalt folkehelsearbeid. Videre er formålet å støtte utviklingsarbeid i tannhelsetjenesten for å heve kvaliteten og kompetansen i tannhelsetjenesten.

Resultatrapportering og satsning

Hedmark, Vest-Agder og Nord-Trøndelag fylkeskommuner har fått midler til å videreføre tannhelsetilbudet til personer med kommunale hjemmetjenester og personer under Lov om psykisk helsevern (FUTT-prosjektet). Tilskudd foreslås videreført inntil revisjon av lov om tannhelsetjenesten er iverksatt.

Det er gitt tilskudd til å etablere et nettverk av folkehelsemedarbeidere i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og til andre aktiviteter innen helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid, jf. bl.a. Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet som trer i kraft 1. januar 2010. Se omtale under kap. 719, post 60.

Videre er det gitt tilskudd til enkelte utviklingstiltak i den fylkeskommunale tannhelsehelsetjenesten, til utvikling av undervisningsmateriell om munnstell for opplæring av ansatte i sykehjem og hjemmesykepleie, og til utvikling av materiell for tannhelseveiledning av småbarnsforeldre. Helsedirektoratet arbeider med en veileder for god klinisk praksis.

I regi av Nordisk Ministerråd er de nordiske land i gang med et arbeid med felles nordiske kvalitetsindikatorer for tannhelsetjenesten. Norge har som første land i Norden publisert elleve kvalitetsindikatorer for tannhelsetjenesten, hvorav fem er tatt i bruk. Arbeidet med iversetting av de siste seks kvalitetsindikatorene fortsetter i 2010.

Det er gitt tilskudd til utprøving av et tverrfaglig behandlingstilbud for pasienter med odontofobi ved regional odontologisk kompetansesenter i Sør-Norge, og til en studie om behov for tannhelsetjenester til innlagte i sykehus ved Akershus Universitetssykehus HF.

For å forbedre kunnskapsgrunnlaget om tannhelsetilstanden i den norske befolkningen, har Nasjonalt folkehelseinstitutt oppdrag både i 2008 og 2009. Instituttet skal komme med forslag til hvordan man kan innhente ytterligere kunnskap samt benytte eksisterende tannhelsedata i tannlegepraksiser til fremtidig overvåkning av tannhelsen i Norge.

Det foreslås å videreføre midler til å øke kunnskapen om tannhelse og til utvikling av tannhelsetjenester til de som trenger det mest.

Programkategori 10.80 Kunnskap og kompetanse

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
780	Forskning			250 294	
781	Forsøk og utvikling mv.			99 319	
782	Helseregistre			48 000	
783	Personell			167 826	
	Sum kategori 10.80			565 439	

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
01-23	Statens egne driftsutgifter			77 338	
50-59	Overføringer til andre statsregnskap			250 294	
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen			143 037	
70-89	Andre overføringer			94 770	
	Sum kategori 10.80			565 439	

En langsiktig satsing på kunnskap og kompetanse er viktig for å legge til rette for en kunnskapsbasert, fremtidsrettet og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Gjennom forskning, innovasjon og utvikling av ny teknologi og kompetanse legger vi grunnlaget for utvikling av forebyggende tiltak og tjenester som kan møte fremtidens utfordringer, bedre samhandlingen mellom tjenestenivåene og derved bidra til økt helse og velferd. Kunnskap gir også et bedre grunnlag for god forvaltning og politikkutforming i sektoren.

Fremtidens helse- og omsorgstjeneste er avhenging av et sterkt fokus på kompetanseutvikling og bedre utnyttelse av sektorens kompetanse enn i dag. Kompetanse opparbeides gjennom det formelle utdanningssystemet og videreutvikles i arbeidslivet og gjennom forskning. Samhandlingsreformen vil stille nye krav til helsepersonellets kompetanse, noe som igjen vil kunne kreve endring av innholdet i utdanningene. Vi er avhengig av god kvalitet og kapasitet på profesjonsutdanningen og en forskningsbasert utdanning. Helsetjenesten har viktige roller inn mot det formelle utdanningssystemet både som praksisarena og som fremtidig arbeidsgiver eller avtalepart. Ivaretakelse av utdanningsoppgavene er derfor en av fire lovfestede oppgaver for spesialisthelsetjenesten og finansieringen inngår i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. Kommunehelsetjenesten plikter også å medvirke til utdanning av personell og må ivareta dette innenfor sine frie inntekter. Fag- og institusjonsutvikling gjøres ved å samle vitenskap, utdanning, teknologi og næringsutvikling.

Forskning, utvikling og innovasjon i helse- og omsorgstjenesten gir opphav til nye måter å forstå helse og samfunn på, nye behandlingsmetoder, organisasjonsformer og teknologiske løsninger som kan bidra til bedre forebygging, behandling, rehabilitering og pleie og gi en mer kostnadseffektiv helse- og omsorgstjeneste. Forskning danner

også utgangspunkt for en kunnskapsbasert profesjonsutdanning og praksis. Ny kunnskap må omsettes til praktiske løsninger gjennom utviklingsprosjekter og innovasjon. I tråd med dette har regjeringen igangsatt en tiårig satsing på innovasjon i helse- og omsorgssektoren og opprettet et offentlig utvalg for å utrede og foreslå nye innovative grep og løsninger i de kommunale omsorgstjenestene.

Det er et nasjonalt mål å øke forskningsaktiviteten, og samtidig sikre høy kvalitet og relevans på forskningen slik at tilgjengelig forskningsressurser utnyttes til beste for pasienten. Helse og helsetjenester er fortsatt et av regjeringens tematiske satsingsområder slik det går frem i den siste forskningsmeldingen St.meld. nr. 30 (2008-2009) Klima for forskning. I spesialisthelsetjenesten har det vært en målrettet, langsiktig og strategisk satsing på forskning som har gitt gode resultater. I de kommunale helse- og omsorgstjenestene er det de siste årene bygget opp en sterkere infrastruktur for pasientrettet og praksisnær forskning gjennom etablering av regionale forsknings- og utviklingssentre både innenfor omsorgsforskning og allmennmedisinske forskningsenheter. Midlene til omsorgsforskning er betydelig styrket de siste årene og skal bidra til å bedre forutsetningene og kunnskapsgrunnlaget for lokal og nasjonal planlegging for å møte framtidas omsorgsutfordringer. Gjennom samhandlingsreformen er det lagt til rette for en ytterligere styrking av forskning og kompetanseutvikling i kommunesektoren. Allerede i 2010 styrkes innsatsen til samhandlingsforskning betydelig. Den økte forskningsinnsatsen skal bidra til å sikre et bedre kunnskapsgrunnlag for utvikling av mer koordinerte og helhetlige helse- og omsorgstjenester og sikre økt kompetanse innen forebyggende og helsefremmende arbeid.

Vi må sikre at vi utnytter og bygger videre på det nasjonale fortrinnet vi har gjennom våre nasjonale helse- og kvalitetsregistre, biobanker og de store befolkningsundersøkelsene. Vi har gode helseregistre i Norge i dag, men det er også store utfordringer på dette området. Hittil har man ikke hatt en samlet nasjonal strategi for helseregistre som brukes til helseovervåkning, kvalitetsforbedring av helsetjenester og forskning. Vi mangler vesentlig kunnskap om forekomst av sykdom, kvalitet på behandling og årsaker til sykdom for store pasientgrupper. Kunnskap basert på data fra Kreftregisteret har gjennom de siste tiårene bidratt til å heve kvalitet på behandling og overlevelse betraktelig for kreftpasienter. Men for hjerte- og karpasienter, pasienter med diabetes, muskel- og skjelettsykdommer, psykiske lidelser og rusmisbruk finnes det foreløpig ikke tilsvarende kunnskap i Norge. Flere av de nasjonale helseregistrene har utfordringer knyttet til etterslep i registreringer, datakvalitet, problemer med kobling mellom flere helseregistre og andre datakilder. Det er også mangel på kapasitet til systematisk analyse og formidling av resultater. Helseregisterfeltet er fragmentert med et stort antall aktører som ikke er tilstrekkelig koordinert og ledet. God organisering og bedre tilgang på data vil være viktige tiltak for å styrke forskning og kunnskapsutvikling i helsetjenesten. Det er derfor etablert et nasjonalt helseregisterprosjekt for å møte disse utfordringene i neste tiårsperiode.

Kunnskap er et fellesgode. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er etablert for å bidra til å dekke behovet for formidling av ny kunnskap i sektoren. Systematiske kunnskapsoppsummeringer bidrar til å legge grunnlag for riktige prioriteringer i helsetjenesten og synliggjøre områder der det er behov for mer forskning.

Kap. 780 Forskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
50	Norges forskningsråd mv.			250 294
	Sum kap. 780			250 294

Bevilgningen er flyttet fra kap. 701, post 50.

Forskning og utvikling har en sentral plass i regjeringens arbeid for utvikling av kvalitet og effektivitet i helse- og omsorgssektoren. Sektoransvaret innebærer blant annet et overordnet ansvar for forskning innenfor sektoren, herunder å legge til rette for utvikling av langsiktige strategier for kunnskapsoppbygging. Forskningsbasert kunnskap og kompetanse innenfor helse- og omsorgssektoren finansieres gjennom Norges forskningsråd, oppdragsforskning, grunnfinansiering og driftsstøtte til enkelte forskningsinstitutter og fors-

kningsmiljøer. Videre finansieres forskning i helseforetakene og det er en integrert del av arbeidsoppgavene til underliggende etater. Norske forskningsmiljøer deltar også i forskningsprosjekter gjennom EUs 7. rammeprogram for forskning og annet internasjonalt forskningssamarbeid.

For 2010 foreslås medisinsk-, helse- og sosialfaglig forskning styrket med 26 mill. kroner. I dette beløpet inngår et forslag om flytting av 5 mill. kroner fra kap. 733, post 21 og post 79 til kap. 780, post 50, til en ny satsing på forskning innen habilitering og rehabilitering. Videre foreslås en styrking på 2 mill. kroner til Rusmiddelforskningsprogrammet i Norges forskningsråd (Forskningsrådet) og 1 mill. kroner til Statens institutt for rusmiddelforskning (Sirus), jf. omtale under kap. 716, post 01. Som ledd i oppfølgingen av Omsorgsplan 2015 og Samhandlingsmeldingen foreslås en styrking på 14 mill. kroner til både omsorgsforskning og forskning på samhandling. Av disse midlene foreslås 10 mill. kroner som tilskudd til omsorgsforskningen i Forskningsrådet, herunder samhandlingsforskning med utgangspunkt i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og 2 mill. kroner til en fireårig resultatorientert evaluering av Omsorgsplan 2015 på kap. 780, post 50. Innenfor beløpet foreslås det også avsatt 2 mill. kroner til kunnskapsoppsummeringer og utredninger på kap. 768, post 21. I tillegg foreslås at de allmennmedisinske forskningsenhetene styrkes med 4 mill. kroner på kap. 762, post 70. Satsingen rettes mot psykisk helse og rus spesielt. Det foreslås også at minst 15 mill. kroner av den del av basisbevilgningen som helseforetakene bruker til forskning skal benyttes til forskning rettet mot samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Den samlede forskningsbevilgningen knyttet til samhandling blir dermed 33 mill. kroner i 2010.

Det øremerkede tilskuddet til forskning over kap. 732, Regionale helseforetak, post 78 Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre, er på 458,8 mill. kroner. Av dette tilskuddet tildeles 60 pst. ut fra oppnådde forskningsresultater. De regionale helseforetakene har valgt å prioritere forskning ut over den statlige øremerkede finansieringen, og rapporterte i 2007 på et samlet ressursbruk på rundt 2 mrd. kroner, i dette beløpet ligger også anslag for ressursbruk som belastes helseforetakene som følge av eksternt finansiert forskning.

Direktefinansiert forskning og driftstilskudd

Direktefinansiert forskning initieres hovedsakelig av departementet for å evaluere og skaffe ny kunnskap til utvikling av innsatsområder. I tillegg gis tilskudd til forskningsmiljøer for at forskningskompetanse på departementets ansvarsområde kan opprettholdes og styrkes. De viktigste tiltakene spesifiseres på utgiftskapitler og poster under, for nærmere omtale av tiltakene vises det til disse.

- Kap. 719, Folkehelse, post 79 Andre tilskudd.
- Kap. 725, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, post 01 Driftsutgifter.
- Kap. 732, Kreftregistret, Tilskudd til basisfinansiering av kreftrelatert forskning.
- Kap. 732, Regionale helseforetak.
- Kap. 761, Tilskudd forvaltet av Helsedirektoratet, post 21.
- Kap. 761, Tilskudd forvaltet av Helsedirektoratet, post 60.
- Kap. 761, Utredningsvirksomhet, post 67 Tilskudd til særlige utviklingstiltak.
- Kap. 762, Primærhelsetjenesten, postene 21 og 70, Forsøk og utvikling.
- Kap. 764, Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse, postene 70 og 73.
- Kap. 770, Tannhelsetjenesten, postene 21 og 70.
- Kap. 781, Forsøk og utvikling mv, post 21.
- Kap. 783, Personell, postene 21 og 70.

Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven) og forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning trådte i kraft 1. juli 2009. Det foreslås å flytte 0,5 mill. kroner fra Helsedirektoratets kap. 720, post 01 til Kunnskapsdepartementets kap. 271, post 50 for forvaltning av loven.

Forskning i helseforetakene

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

Innovasjon i helse- og omsorgssektoren

Utvikling av framtidas behandlingstilbud er avhengig av innovasjon og nyskapning. Ved å samarbeide med næringslivet har helsesektoren mulighet til å utvikle produkter og løsninger som gir økt kvalitet og bedre effektivitet i helsetjenestene.

Gjennom en felles femårig strategisk satsing i perioden fra 2007 til 2011, på behovsdrevet innovasjon i helsesektoren mellom Nærings- og handelsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, er det lagt til rette for en styrking av behovs-

drevet innovasjon i helseforetakene. Det er besluttet å utvide den strategiske satsingen til også å omfatte forskningsbasert innovasjon. I forbindelse med Stortingets behandling av Innovasjonsmeldingen ble det besluttet å utvide denne satsingen fra fem til ti år (2007-2016). forutsatt en positiv halveisevaluering, jf. St.meld. nr. 7 (2008-2009) og Innst. S. nr. 170 (2008-2009). I juni 2009 ble det oppnevnt et offentlig utvalg som skal utrede innovative løsninger for å møte framtidas omsorgsutfordringer. Utvalget skal levere sin endelige utredning og innstilling innen første halvår 2011.

Forskning og utviklingsarbeid i underliggende etater

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

Post 50 Norges forskningsråd mv.

Norge skal være blant de fremste samfunn når det gjelder å utvikle, dele og ta i bruk ny kunnskap. Forskningen innenfor medisin-, helse- og sosialfag i regi av Forskningsrådet skal fremskaffe kunnskap som skal gi økt verdiskaping, velferd, bedre tjeneste, svare på samfunnsutfordringene og utvide grensene for vår erkjennelse. Forskningsrådet skal som hovedregel konsentrere sine tildelinger om nasjonale prosjekt og forskningsinstitusjonene har i første rekke ansvar for å finansiere mindre forskningsprosjekter.

Forskningen innenfor helse og helsetjenester er et av regjeringens prioriterte områder, jf. St.meld. nr. 30 (2008-2009) Klima for endring (Forskingsmeldinga).

Kunnskapsdepartementet satte høsten 2008 ned en interdepartemental arbeidsgruppe for å komme frem til en mer samordnet styring av Forskningsrådet innenfor en mål- og resultatstyringsmodell, det vises til omtale i Kunnskapsdepartementets budsjettforslag.

Den totale innsatsen innenfor temaområdet helse var på vel 885 mill. kroner i 2008, etter en økning på nær 8 pst. fra 2007. Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Forskningsfondet bidrar mest til finansiering av temaområdet helse. Nærmere 27 pst. av Forskningsrådets målrettede satsinger til helseforskning finansieres av Helse- og omsorgsdepartementet. Det forskes på 26 sykdomsgrupper med relevans for bestemte sykdommer og helseplager, kreft og psykiske lidelser er de to største gruppene blant disse. Forskning på psykiske lidelser er den sykdomsgruppen som har økt mest og utgjør nå 26 pst. av Forskningsrådets tildelinger.

Forskningsrådet avleverte i 2008 rapporten Gode biobanker – bedre helse. Denne inneholdt forslag til tiltak for en mer effektiv utnyttelse av humane biobanker, helseregistre og helseundersøkelser. Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet vurderer forslagene i rapporten.

Tilskuddet for 2010 skal dekke forskningsprogrammer og andre langsiktige satsinger knyttet til helse- og omsorgssektoren. Forskningsprogram har normalt en varighet på 4–5 år. Forskningsprogrammene, Helse- og omsorgstjenester, Psykisk helse, Folkehelseprogrammet, Klinisk forskning og Miljø, gener og helse avsluttes i 2010. Etter anbefaling fra Forskningsrådet foreslår departementet en videreføring av de aktuelle programmene, men med noen mindre endringer. Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Forskningsrådet og forskningsmiljøene vil sammen utarbeide reviderte programplaner.

For 2010 foreslås medisinsk-, og helse- og sosialfaglig forskning gjennom Forskningsrådet styrket med 19 mill. kroner.

Folkehelseprogrammet (programperiode 2006–2010)

Folkehelseprogrammet omfatter blant annet forskning rettet mot fysisk aktivitet, kosthold, psykisk helse og sosiale helseforskjeller. Innenfor programmet prioriteres forskning på forebygging av tobakksskader og legemiddelepidemiologi. Når det gjelder forskning på alternativ behandling, spilleavhengighet og smittevern skal dette også prioriteres. Det skal legges spesiell vekt på prosjekter som inkluderer problemstillinger knyttet til sosiale helseforskjeller. Behovet for forskning innenfor områdene kreft, diabetes, kols, hjerte- og karsykdommer og fedme, herunder forekomst og forebygging er også framhevet som viktige satsingsområder. Forskning som utnytter data fra helseregistre og befolkningsundersøkelser skal også prioriteres. Programmet har for første gang hatt et samarbeid med et tilsvarende forskningsprogram under Finlands Akademi. Fem søknader ble innstilt i 2008.

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

Programmet skal stimulere til utvikling av relevant ny kunnskap om helse- og omsorgstjenesten, og gjennom dette bidra til bedre helse- og omsorgstjenester og økt velferd. Programmet har følgende satsingsområder; styring, planlegging, ledelse og

prioritering, organisering og samhandling, brukere/tjenestemottakere og komparativ forskning.

Det skal legges spesiell vekt på prosjekter som inkluderer problemstillinger knyttet til helse- og omsorgstjenestenes tilgjengelighet, bruk og resultater. Det er behov for å styrke den praksisnære universitets- og høyskolebaserte forskningen, og å knytte denne tettere sammen med forskning som foregår i instituttsektoren og i regi av regionale helseforetak.

Regjeringen har gjennom Omsorgsplan 2015 et mål om å øke forsknings- og utviklingsarbeidet knyttet til omsorgstjenesten, programmet er på denne bakgrunn styrket med 20 mill. kroner i 2007 -2008. Innenfor programmet er det 52 pågående prosjekt herav 22 nye i 2008, og det er 12 pågående prosjekt med forskning om de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Prosjektporteføljen inneholder også etableringen av fem regionale sentere for omsorgsforskning, som bl.a. har fokus på forskning på eldre/geriatri og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

IKT er viktig når det gjelder organisatoriske og ledelsesmessige forhold, for pasientflyt, informasjonsforvaltning og for helsetjenestens økonomi. Programmet har siden 2006 fulgt opp kompetansemiljøet Norsk senter for elektronisk pasientjournal (NSEP), dette avsluttes juni 2009.

Et godt kunnskapsgrunnlag er nødvendig for å bedre kvaliteten på tjenestene. Med henvisning til de store helse- og velferdsmessige utfordringer i årene framover, foreslås det å styrke omsorgsforskning gjennom å øke tilskuddet til dette programmet med 10 mill. kroner. Disse midlene skal blant annet gå til å styrke samhandlingsforskning med utgangspunkt i kommunene, og til en styrking av tilskuddene til de regionale sentrene for omsorgsforskning. Som en del av opptrappingen på omsorgsforskning foreslås det også å avsette 2 mill. kroner årlig til en fireårig resultatorientert evaluering av Omsorgsplan 2015.

Programmet foreslås styrket med til sammen 12 mill. kroner i 2010.

Program for klinisk forskning (programperiode 2006–2010)

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

Det er 27 pågående prosjekt innenfor programmet. Det er en prioritert oppgave å støtte store kliniske studier og å bedre infrastrukturen for gjennomføring av slike studier. Flere store randomiserte kliniske studier er støttet innen bl.a. hjerte-, og karsykdommer, diabetes, nevrologi, kreft, odontologi og ett prosjekt innenfor allmennmedisin. Det er etablert et nasjonalt nettverk for klinisk forskning forankret i de regionale kliniske kompetansesentrene (Norwegian Clinical Research Network).

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

Programmet skal gi ny kunnskap om miljøfaktorers positive og negative innvirkning på helsen og samspillet med arvelige faktorer. Problemstillinger knyttet til barns helse og utvikling har spesiell høy prioritet. Miljøfaktorer kan være medvirkende årsak til en rekke sykdommer. Det er store utfordringer på mattrygghetsområdet, blant annet knyttet til helseeffekter av nye matprodukter, som for eksempel genmodifiserte produkter. Det er også utfordringer knyttet til drikkevann og antibiotikaresistens. Forskningsrådet har fortsatt fokus på at både miljø- og helseaspektet skal være integrert i forskningen, noe som krever tverrfaglig samarbeid. Aktiviteten i prosjektene er god. Totalt finansierer programmet 37 prosjekter, hvorav 10 nye i 2008.

Program for psykisk helse (programperiode 2006–2010)

Et viktig mål innenfor programmet er å øke kunnskapen om forholdet mellom psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Det skal satses på forskning innenfor områdene: barn og unges psykiske helse, sosiale og kulturelle faktorer ved psykisk helse og forskning om alvorlige psykiske lidelser, herunder forskning om psykisk helse og rusmiddelbruk. Nyere internasjonale studier viser at 50–80 pst. av rusmiddelavhengige som er i behandling for rusmiddelbruk også har psykiske problemer. Det er derfor behov for satsing på forskning om sammenhengen mellom rusmisbruk og psykiske lidelser. Innenfor de prioriterte områdene skal man fremme tverrfaglig forskning, nasjonalt og internasjonalt samarbeid, forskning på et translasjonsperspektiv og forskning om psykiske aspekter ved somatisk sykdom.

Forskningsrådet finansierer gjennom programmet 46 prosjekter i 2008. Det arbeides for å få til en intensjonsavtale mellom Forskningsrådet og National Institute of Mental Health (NIMH) i USA, dette for å øke forskningskompetansen ytterligere i Norge.

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

Regjeringen har som mål å styrke den nasjonale forskningssatsingen rettet mot fattigdomsrelaterte sykdommer. Global helseforskning skal bidra til å øke de norske offentlige og private forskningsinstitusjoners innsats for å løse globale helseproblemer, og bidra til at Norge tar et nasjonalt ansvar for forskning på fattigdomsrelaterte sykdommer som særlig rammer folk i utviklingsland. Programmet finansieres av Utenriksdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementets kap. 286, Fondet for forskning og nyskapning, post 50.

Under delprogrammet for global helseforskning ble det startet opp 7 prosjekter i 2008, mens det under delprogrammet for vaksinasjonsforskning ble startet opp 6 prosjekter. Programmet evalueres høsten 2009, rapport vil foreligge november 2009.

Rusmiddelforskningsprogrammet (programperiode 2007–2011)

Programmet har fem prioriterte forskningsområder, disse er arbeidsliv og rus, rusmiddelrelaterte skader og konsekvenser for tredjepart, tidlig intervensjon, vanedannende legemidler og cannabis. Det er også ønskelig at perspektivet på kjønn, kulturelt mangfold og sosial ulikhet blir ivaretatt.

Forskningsrådet og Senter for rus og avhengighetsforskning (Seraf) ved Universitet i Oslo skal bidra til forskningssamarbeid og etablering av nye nettverk. Det er viktig at forskningen ses i sammenheng med annen rusmiddelforskning, som f.eks. gjøres ved Sirus, Folkehelseinstituttet, regionale helseforetak og øvrige program i Forskningsrådet. Forskning om rusmiddelbruk, avhengighet og psykisk helse er også et særskilt tema i programmet psykisk helse.

Seraf utgjør en hovedpilar i programmet og tildeles om lag 50 pst. av midlene. I tillegg til Seraf finansierer Forskningsrådet gjennom programmet 13 prosjekter.

Programmet foreslås styrket med 2 mill. kroner i budsjettet for 2010 som en del av opptrappingsplanen på rusfeltet.

Program for stamcelleforskning (programperiode 2008–2012)

I 2008 ble det etablert et program for stamcelleforskning. Programmets overordnete mål er å utvikle og styrke kompetansen innenfor grunnforskning og klinisk forskning på stamceller med sikte på behandling av alvorlig og kronisk syke pasienter. Gjennom forskning og innovasjon skal programmet bidra til at norske pasienter i framtida kan tilbys stamcellebasert helsehjelp og behandling i Norge som er på høyden med det som tilbys i utlandet. Programmet omfatter både åpen, konkurransebasert utlysning av forskningsmidler og etableringen av nasjonalt stamcelleforskningssenter i Helse Sør-Øst RHF. Senteret skal ivareta sin nasjonale rolle bl.a. ved å arrangere møter, seminarer og kurs. Programmet prioriterer forskningstemaer som: bedre forståelse av basale prosesser knyttet til vekst og differensiering av stamceller, bringe fram celler eller cellelinjer som kan anvendes terapeutisk, bringe fram protokoller for reparasjon av skadet vev eller organ samt bruk av stamceller i utvikling og testing av nye legemidler og toksikologisk screening. Gjennom programmet videreføres også 0,7 mill. kroner til forskning på Duchenne.

Forskningsrådet finansierer gjennom programmet 17 prosjekter og gir tilskudd til Nasjonalt stamcelleforskningssenter.

Strategiske satsinger

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

Forskning på området habilitering og rehabilitering

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Forskningsrådet om å utarbeide en kunnskapsstatus over forskning som er gjort på habiliterings-, og rehabiliteringsområdet. Det viste seg at det er stor variasjon i bruk av og bevissthet om definisjoner på rehabilitering. Variasjonen gjelder også hvilke pasient- og brukergrupper, diagnoser, problemer og aldersgrupper det forskes på. Sist viser også undersøkelsen at habiliterings- og rehabiliteringsfeltet er svært bredt og mangfoldig.

Det foreslås satt av 5 mill. kroner til forskning innenfor habilitering og rehabilitering i 2010.

Aldersforskningssatsing (periode 2002–2012)

Dette er en satsing som omfatter både samfunnsvitenskaplig og helsefaglig forskning. Økt levealder og sterk økning i andelen eldre i befolkningen stiller samfunnet overfor utfordringer med tverrfaglige problemstillinger og perspektiver. Forskningsprosjektene omfatter problemstillinger som eksempelvis basalforskning på aldringsprosesser, nevropsykiatrisk forskning tilknyttet parkinsons sykdom. I alt 13 større prosjekter er igangsatt.

Kvinnehelse

Det er behov for å stimulere til en samlet forskningsinnsats på kjønnsforskjeller innenfor temaene sykdomsrisiko, diagnostikk, medisinsk behandling og rehabilitering, legemiddelbruk, helsetjenester og forebygging. Det er en målsetting å bidra til integrering av kjønnsperspektiver i nye og pågående programmer og satsinger. For å styrke kunnskapsgrunnlaget legger Forskningsrådet opp til en kartlegging av kjønnsperspektiver i pågående aktiviteter og programmer i løpet av 2008 og 2009. Bedre kunnskap om kjønnsforskjeller i helse er en viktig forutsetning i arbeidet med å utvikle og implementere gode forebyggings- og behandlingsstrategier på en rekke områder.

I 2008 var det seks forskningsprosjekter med midlene øremerket Kvinners helse. Disse prosjektene inngår i porteføljen til flere av helseprogrammene og omhandler blant annet temaene; kvinner og osteoporose, sosial ulikhet i kvinners helse, brystkreft, effekten av fysisk aktivt og vold mot kvinner.

Kreftforskning

I Nasjonal kreftplan (1998–2003) ble det utarbeidet en strategi for offentlig kreftforskning i regi av Forskningsrådet. Fra 2002 er det bevilget om lag 20 mill. kroner årlig til prosjekter innenfor kreftforskning. I perioden har det vært fokusert på prosjekt med integrerte biologiske og kliniske problemstillinger, epidemiologiske prosjekt og kliniske prosjekt innenfor diagnose og behandling. Det har vært stor produksjon av vitenskapelige publikasjoner av høy kvalitet og flere patenter er utviklet gjennom prosjektene. I tråd med føringene i Nasjonal strategi for kreftområdet (2006–2009) ble satsingen videreført i en ny treårsperiode fram til og med 2010. Forskningsrådet finansierer også forskning av relevans for kreftområdet utenfor den strategiske satsingen.

Av de ni nye prosjektene som ble innvilget fra 2008 er fokus innenfor brystkreft, prostatakreft, livmorkreft, blodkreft, beinmargskreft, metastaseutvikling og langtidseffekter etter kreftbehandling.

EUs strålevernprogram

Forskningsprogrammet til Euratom er en del av EUs rammeprogram for forskning, men omfattes ikke av EØS-avtalen. EUs sjette rammeprogram for forskning blir videreført i sjuende rammeprogram. Norge kan delta på samme premisser som under sjette rammeprogram. Euratoms forskningsaktiviteter er svært omfattende, men fra norsk side er forskning på strålevern og avfallshåndtering mest relevant.

Det er i stor grad blitt satset på risiko ved lave og protraherte doser og avfallshåndtering i EURATOMs arbeidsprogram for 2008. Dette er tematikk norske forskere tradisjonelt ikke har vært involvert i. Ett prosjekt med norske deltagere ble innvilget i 2008.

Evalueringer

Mammografiprogrammet

Mammografiprogrammet er et tilbud hvor alle kvinner mellom 50 og 69 år blir invitert til å delta på mammografiundersøkelse hvert annet år. Formålet er å kunne påvise brystkreft på et så tidlig stadium at effektiv behandling kan settes i verk og dødeligheten reduseres. Et hovedmål er en 30 pst. reduksjon av dødelighet av brystkreft blant de kvinner som er invitert til deltakelse. Det er behov for å evaluere hvorvidt mammografiprogrammet har oppfylt intensjonene og formålet, samt å danne et faglig grunnlag for en eventuell utvidelse av mammografiprogrammet til også å gjelde andre aldersgrupper. En faglig styringsgruppe ble oppnevnt i 2007. Evalueringen vil også undersøke organiseringen av mammografiprogrammet og aspekter ved kost-nytte.

Datatilsynet har beordret at data om negative funn i mammografidatabasen må slettes, om ikke samtykke innhentes fra samtlige kvinner som er registrert der, noe som vil gjøre en evaluering vanskeligere. Vedtaket ble påklaget til personvernnemnda som i vedtak av 26. august 2009 tok klagen delvis til følge. Samtykker må innhentes, men tidsfristen for innhenting har blitt satt til ut 2011. Departementet, i samråd med berørte aktører, er i prosess for å sikre oppfølging av vedtaket. Dette kan imidlertid innebære at evalueringen blir forsinket, uten at dette vil innebære en forringelse av kvaliteten på selve evalueringen. Det foreslås at 3,5 mill. kroner videreføres til den forskningsbaserte evalueringen som administreres av Forskningsrådet med start i 2007.

Opptrappingsplanen for psykisk helse

På oppdrag fra departementet har Forskningsrådet sluttført evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Rapportene har vært av stor betydning for den fortløpende vurderingen av psykisk helsefeltet. Evalueringen ble avsluttet i 2008 og er oppsummert i en sluttrapport. Forskningsrådets evaluering vil være en del av kunnskapsgrunnlaget for de prioriteringene som gjøres etter Opptrappingsplanens avslutning og viser at Opptrappingsplanens kvantitative mål er langt på vei nådd, men det gjenstår utfordringer når det gjelder innhold og kvalitet i tjenestene. For nærmere omtale av Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 og hovedfunn fra evalueringsrapporten fra Forskningsrådet, vises det til del III.

Kap. 781 Forsøk og utvikling mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
21	Spesielle driftsutgifter			59 315
79	Andre tilskudd			40 004
	Sum kap. 781			99 319

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er:

- bevilgningen under post 21 flyttet fra kap. 728, post 21.
- 21 mill. kroner under post 79 flyttet fra kap. 726, post 70.
- 18 mill. kroner under post 79 flyttet fra kap. 728, post 70.
- 1 mill. kroner under post 79 flyttet fra kap. 761, post 75.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Formålet med posten er å få fram et best mulig kunnskapsgrunnlag for utvikling av helsetjenester. Nedenfor omtales enkelte av prosjektene som vil bli finansiert i 2010.

Stortingsmelding om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg mv.

Nasjonalt råd for fødselsomsorg ble opprettet i 2002 med funksjonstid til og med 2007. Departementet oppnevnte i 2008 nye medlemmer til rådet med funksjonstid til 31. mai 2010. Rådet er utvidet med brukerrepresentanter og representanter for helseforvaltningen. Ved behandling av St.meld. nr. 12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet* sluttet Stortinget seg til at rådet får en rådgivende rolle overfor Helsedirektoratet når det gjelder faglige spørsmål knyttet til svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Rådets medlemmer oppnevnes av Helsedirektoratet. Rådet skal være tverrfaglig sammensatt av representanter for brukere, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Rådet skal bistå Helsedirektoratet i informasjonsarbeid rettet mot befolkningen og fagmiljøene.

Som ledd i oppfølgingen av St.meld. nr. 12 (2008-2009) skal Helsedirektoratet utarbeide informasjon om gravide og fødendes pasientrettigheter, valg av fødested og kvinners rett til informasjon, veiledning og medbestemmelse når det gjelder keisersnitt, igangsetting av fødsel og smertelindring. Brukererfaringer skal innhentes gjennom en nasjonal temaundersøkelse. Helsedirektoratet skal opprette en nettbasert helseportal med offentlig informasjon rettet mot gravide, fødende og ammende. Nasjonalt råd for fødselsomsorg trekkes inn i arbeidet, og nettportalen skal inneholde informasjon om rådets virksomhet. Videre har direktoratet fått i oppdrag å utrede behovet for å styrke jordmortjenesten med hensyn til kapasitet og kvalitet, jf. omtale av anmodningsvedtak nr. 352 (2008-2009) under kap. 762. Direktoratet skal utarbeide felles nasjonale retningslinjer for en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg og sammen med regionale helseforetak utarbeide kvalitetskrav for fødeinstitusjoner. For å sikre et familievennlig barseltilbud skal Helsedirektoratet vurdere behovet for kurs for ansatte på helsestasjoner. I forbindelse med at Helsedirektoratet reviderer veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, vil direktoratet bli bedt om å omtale oppfølging av nyfødte i helsestasjonens regi.

Det foreslås 2,5 mill. kroner til formålet i 2010. For omtale av oppdrag til regionale helseforetak, se kap. 732.

Dokumentasjonsdatabase (Gisbas)

Hovedmålet for Gisbas-prosjektet er å få kvalitetssikret, standardisert dokumentasjon elektronisk tilgjengelig for besvarelse av henvendelser om akutte forgiftninger. Prosjektet skal også tilrettelegge for registrering av data om alle henvendelser til Giftinformasjonen. Arbeidet videreføres i 2010.

Samdata

Samdata gir styringsinformasjon til beslutningstakere og andre aktører innen spesialisthelsetjenesten. Samdata presenterer datagrunnlag og analyser av utviklingstendenser innen spesialisthelsetjenestens fagområder og resultatene publiseres i årlige rapporter. Fra 2010 vil Helsedirektoratet ha ansvaret for å utarbeide rapportene.

Nødnettprosjektet

I St.prp. nr. 67 (2008-2009) ble det bevilget 12 mill. kroner til en midlertidig økning i helsesektorens prosjektorganisasjon for arbeidet med det nye nødnettet. Styrkingen av prosjektorganisasjonen foreslås videreført i første halvår 2010 med 2,3 mill. kroner.

Prosjektet er nå om lag 2 år forsinket, og kommunikasjonssentraler i helsesektoren forventes levert tidligst i 2. kvartal 2010. Dette skyldes leverandørens forsinkelser. I St.prp. nr. 83 (2008-2009) redegjøres det for status i prosjektet og Justisdepartementet tar sikte på å komme tilbake til Stortinget i løpet av høstsesjonen 2009 om dette.

Evaluering av Bioteknologiloven

I forbindelse med behandling av Ot.prp. nr. 64 (2002-2003) ba Stortinget regjeringen om å evaluere bioteknologiloven og dens virkeområde etter fem års praktisering. Loven trådte delvis i kraft i 2004, og var i sin helhet trådt i kraft 1. januar 2005. I juni 2009 sendte departementet en bestilling til Helsedirektoratet hvor det blant annet ble bedt om at direktoratet iverksetter undersøkelser blant befolkningen og i fagmiljøene for å kartlegge hhv. befolkningens holdninger til etiske spørsmål og fagmiljøenes synspunkter mht. hvordan bioteknologifeltet er regulert med utgangspunkt i erfaringer på området. Direktoratet ble videre bedt om å foreta en gjennomgang av erfaringene med administrering og praktisering av loven og kartlegge status på fagområdet bioteknologi og utvikling siden loven ble vedtatt.

Nasjonalt kompetansenettverk for CFS/ME

For å styrke helsetilbudet til pasienter med CFS/ME (kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati) ble det i 2007 opprettet et nasjonalt kompetansenettverk og bevilget 5 mill. kroner for å sikre nasjonal kompetanseoppbygging. Bevilgningen ble videreført i 2008 og 2009. Helsedirektoratet leder og koordinerer nettverket på nasjonalt nivå. Oppgaver for kompetansenettverket har blant annet vært å følge internasjonal fagutvikling, veiledning og undervisning av helsepersonell i både spesialist- og primærhelsetjenesten, samt informasjon til pasienter og pårørende. Det har blitt understreket at kompetanseoppbygging om barn og unge og de aller sykeste pasientene skal prioriteres.

I tillegg til å utarbeide en informasjonsstrategi har direktoratet gitt støtte til målrettet informasjon, kurs og fagutvikling, modellutprøving og målrettede prosjekter i ulike deler av tjenestene i regi av eksterne aktører. Tiltak som vil kunne bidra til bedre utredning, behandling, pleie og omsorg for barn og unge, samt de aller sykeste pasientene har vært prioritert.

Det har i løpet av 2008 blitt etablert tilbud om diagnostikk i alle helseregionene. Ved Oslo universitetssykehus HF er ordningen med et eget ambulant team og poliklinikk for pasientene videreført. Helse Sør-Øst RHF fikk i mai 2009 en prosjektbeskrivelse som vil bli lagt til grunn for utforming av det endelige opplegget for et tilbud til de aller sykeste pasientene.

Det vil i 2010 være særskilt fokus på å bidra til gode pleie- og omsorgstjenester i kommunene, samt etablere gode tilpassede rehabiliterings- og mestringstilbud i alle helseregionene.

Regjeringen foreslår å videreføre bevilgningen med inntil 5 mill. kroner i 2010.

Norsk helsearkiv

Norsk helsearkiv foreslås etablert på Tynset. Formålet med helsearkivet er å sikre en forsvarlig oppbevaring og tilgjengeliggjøring av eldre, bevaringsverdige pasientarkiver fra spesialisthelsetjenesten.

Dagens ordning for oppbevaring og kassasjon av personsensitivt arkivmateriale er fragmentert og ulovfestet. Store mengder arkivmateriale befinner seg i helseforetakene, og mange har et akutt behov for avlevering. Et regelverk på området må fastsettes, og praktiske og sikre løsninger

for å rydde i og oppbevare arkivmaterialet må etableres.

Norsk helsearkiv vil være en stor satsning for å fremme medisinsk og helsefaglig forskning. Det vil også være nyttig for annen type forskning og andre dokumentasjonsformål.

Norsk helsearkiv organiseres som en enhet i Arkivverket, og vil ved full drift gi rundt 15–20 arbeidsplasser. Helse- og omsorgsdepartementet vil ha oppgaven med etableringen.

Det foreslås bevilget 10 mill. kroner for 2010 til etablering av Norsk helsearkiv som interimsorganisasjon. Bevilgningen skal blant annet dekke utgifter til administrativ grunnbemanning, prosjektleder og andre utgifter knyttet til forprosjektet, samt IKT-utstyr.

Etter hvert som arkivmaterialet avgis og tjenesten bygges opp, vil driftskostnadene stige. I fremtiden vil pasientjournaler i større grad bli digitalisert, og behovet for avlevering av papirjournaler avta.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

Det overordnede målet for arbeidet med utvikling av det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet er at det skal gi et sett med nøkkeldata som belyser status og utvikling i norsk helse- og omsorgstjenester ut fra de seks kjennetegnene ved god kvalitet i Helsedirektoratets kvalitetsstrategi «… og bedre skal det bli!».

Helsedirektoratet har ansvar for å videreutvikle det nasjonale kvalitetsindikatorsettet og å inkludere nye områder innen helse- og omsorgstjenesten. Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer må skje innen en helhetlig ramme. Denne forståelsesrammen, som baseres blant annet på kjennetegnene i kvalitetsstrategien videreutvikles i 2009.

Arbeidet i Norge er koordinert med det som skjer i regi av Nordisk Ministerråd og OECD Health Care Quality Indicators Project. De nasjonale kvalitetsindikatorene for spesialisthelsetjenesten skal gi informasjon som kan danne grunnlag for pasienters rett til fritt sykehusvalg. Disse publiseres på nettstedet frittsykehusvalg.no. De nasjonale kvalitetsindikatorene skal også danne grunnlag for fagmiljøenes arbeid med kontinuerlig kvalitetsbedring, samt gi styringsinformasjon for ledere og beslutningstakere på ulike nivå. Direktoratet arbeider med å tilrettelegge egnede publiseringsløsninger rettet mot disse målgruppene.

Foreløpig er det flest indikatorer innenfor somatisk helsetjeneste og psykisk helsevern, som viser kvalitetsaspekter knyttet til tjenestenes organisering og behandlingsprosesser. Det arbeides med å etablere nasjonale kvalitetsindikatorer som viser i hvilken grad tjenestene har effekt og er virkningsfulle, innenfor fagområdene kreft, hjerteinfarkt, slag og lårhalsbrudd. Helsedirektoratet vurderer også om ikke planlagt re-innleggelse bør innlemmes i det nasjonale kvalitetsindikatorsettet.

Videreutviklingen av det nasjonale kvalitetsindikatorarbeidet forutsetter tilgang til relevante data med høy datakvalitet. Det er forventet at ikrafttredelsen av Norsk pasientregister som et personidentifiserbart register, samt satsningen på nasjonale medisinske kvalitetsregistre og øvrige sentrale helseregistre på sikt vil ha betydelig positiv effekt på utviklingen av nasjonale kvalitetsindikatorer. Se omtale av Nasjonalt helseregisterprosjekt under kap. 782 Helseregistre.

Nasjonale retningslinjer og veiledere

Nasjonale retningslinjer og veiledere er virkemidler for å sikre høy kvalitet og riktige prioriteringer, og for å redusere uønsket variasjon i helsetjenesten. Det er etablert kontakt med nordiske miljø for å få til en gjensidig utveksling av kunnskapsoppsummeringer og retningslinjer.

Helsedirektoratet har opprettet et sekretariat for å ivareta gode faglige og metodiske forhold knyttet til utvikling av veiledere og retningslinjer.

Samarbeidsprosjektet Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten er et samarbeid mellom Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene. Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har samarbeidet om å utvikle prioriteringsveiledere innenfor 32 fagområder/spesialiteter. 30 av 32 prioriteringsveiledere er utgitt i 2009.

Prioriteringsveilederne skal være et bidrag i den kliniske hverdagen når spesialisthelsetjenesten skal prioritere hvilke pasienter som skal få rett til prioritert helsehjelp og hvilke som må vente. Dette for å sikre at de sykeste får hjelp først, og at de som trenger det mest får behandling i tide og beslutninger tas med større grad av trygghet.

Det arbeides med å utvikle et monitoreringssystem med nasjonale data som viser prioriteringspraksisen og samtidig være et redskap for klinikere og ledere i helseforetakene. Det arbeides også med å finne frem til mekanismer for harmonisering av prioriteringen mellom fagområdene i spesialisthelsetjenesten.

Etter at prioriteringsveilederne har vært i bruk i noen tid, vil det gjennomføres evaluering og revisjon av veilederne.

Raskere tilbake

Det vises til omtale under kap. 732, post 79. Helsedirektoratet skal sikre nasjonal koordinering ved å

følge med på at ordningen Raskere tilbake utvikles og praktiseres i tråd med ordningens formål samt sikre forankring av ordningen gjennom dialog med relevante aktører. Helsedirektoratet har ansvar for rapportering og analyser om status og utvikling av ordningen.

Nasjonalt nettverk for behovsdrevet innovasjon i helsesektoren (InnoMed)

InnoMed har som mål å bidra til kvalitet og effektivitet i helsetjenesten gjennom utvikling av løsninger forankret i nasjonale behov som kan ha internasjonale markedsmuligheter.

Helsedirektoratet er oppdragsgiver for InnoMeds virksomhet og leder InnoMeds styringsgruppe. Helse Midt-Norge RHF har et spesielt ansvar for å forankre InnoMeds virksomhet i spesialisthelsetjenesten. InnoMeds sekretariat ledes av SINTEF Helse. Det ytes midler til drift av sekretariatet, regionale innovasjonsrådgivere og ulike innovasjonsprosjekter.

InnoMeds virksomhet er rettet inn mot 3 hovedoppgaver:

- Stimulering og forankring av behovsdrevet innovasjon i helsesektoren gjennom møteplasser.
- Identifisering og iverksetting av behovsdrevne innovasjonsprosjekter gjennom forstudier og forprosjekter i tidelig fase med mål om etablering av hoved-/OFU-prosjekter.
- Kunnskapsutvikling og formidling av metoder og gode verktøy til støtte i arbeidet med behovsdrevet innovasjon i helsesektoren.

I 2008 har InnoMed bidratt til gjennomføring av 3 nasjonale møteplasser for forankring og innovasjonsstimulering, etablering av 17 nye forprosjekter og 3 hovedprosjekter innenfor IKT, samhandling, medisinskteknisk utstyr og tekniske hjelpemidler. Helseforetak og kommuner er prosjekteiere og setter av ressurser og deltar aktivt i innovasjonsprosjektene.

Helsedirektoratet/InnoMed er, sammen med de regionale helseforetakene, Innovasjon Norge og Norges forskningsråd, en sentral aktør i en femårig satsing (2007–2011) i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og Nærings- og handelsdepartementet for å styrke behovsdrevet innovasjon i helsesektoren med fokus på IKT og medisinsk teknisk utstyr. Det er etablert en nasjonal samarbeidsavtale forankret i toppledelsen mellom Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, Norges forskningsråd og Innovasjon Norge i tilknytning til regjeringens femårige satsing. Det er avholdt en nasjonal konferanse om innovasjon i 2008. De regionale helseforetakene har vedtatt en felles handlingsplan for innovasjon og næringsutvikling. Helseforetakene og omsorgssektoren deltok i henholdsvis 21 og 6 OFU-kontrakter i helseteknologi i 2008.

Post 79 Andre tilskudd

Barn som pårørende

Resultatrapport 2008 og status 2009

I Soria-Moria erklæringen har Regjeringen gitt løfte om oppfølging og hjelp til barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre. Som et ledd i Handlingsplanen mot fattigdom ble det i 2007 bevilget 15 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Bevilgningen økte i 2008 med 5 mill. kroner til i alt 20 mill. kroner, og ble videreført i 2009 på kap. 726, post 70. I tillegg har Barne- og likestillingsdepartementet bevilget midler blant annet til å styrke kompetansen i barnevernet.

Formålet er å gi tidligere hjelp til barna, styrke veiledning og kompetanseheving i tjenestene, gi langsiktig oppfølgning av barna, øke forskningsaktiviteten, spre erfaringer og stimulere frivillige organisasjoner til tiltak. Det legges vekt på tiltak som kommer barna direkte til gode.

Stortinget behandlet i juni 2009 Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) Om lov om endringar i helsepersonell mv. (oppfølging av born som pårørande). Lovendringen skal medvirke til at mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige, alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter får bedre oppfølgning når foreldrene mottar helsehjelp. Helsepersonell får plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende, og helseinstitusjoner skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av barna. Det tas sikte på at lovendringen trer i kraft 1. januar 2010. Helsedirektoratet har i 2009 utarbeidet et rundskriv om barn som pårørende, informasjonsmateriell rettet mot barn og avholdt regionale konferanser.

Helse- og omsorgsdepartementet etablerte Nasjonalt kompetansenettverk for forebygging og behandling av problemer hos barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre i 2007. Sørlandet sykehus HF leder nettverket som skal samle, systematisere og formidle kunnskap og spre kunnskap til tjenestene. Mandatet ble i 2009 utvidet til å omfatte barn som pårørende generelt.

Det er tildelt midler til forskning om behandlingsintervensjoner for å redusere skader hos fosteret av mors bruk av rusmidler under svangerskapet, utvikling av læringstilbud i helseforetakene for barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre, kompetansehevende tiltak og tiltak i regi av

frivillige organisasjoner og kommuner. Helse Nord-Trøndelag HF og Sykehuset Asker og Bærum HF har etablert flerårige forsøk med lavterskeltilbud for langsiktig oppfølgning av gravide mødre/foreldre med rus og/eller psykiske problemer og barnet fra fødsel til skolealder. Målet er å unngå skader hos barnet og bidra til en god helseutvikling i familien.

Helsedirektoratet har i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet publisert en oversikt på Helsebibliotekets nettsider over screenings- og utredningsverktøy til bruk overfor barn og unge i risiko.

Mål og budsjettforslag 2010

Bevilgningen foreslås flyttet fra kap. 726, post 70 til kap. 781, post 73. Bevilgningen videreføres med 21 mill. kroner i 2010. I 2010 vil det bli lagt vekt på at tiltak for barn som pårørende følges opp på en god måte i sykehus og kommuner.

Stiftelsen Organdonasjon

Det ytes tilskudd til Stiftelsen Organdonasjon. Stiftelsen arbeider for å øke tilgangen på organer for transplantasjon i Norge, og for at tilgjengelige organer skal bli benyttet. Stiftelsen driver opplysningsarbeid overfor befolkningen og media for at flest mulig skal ta stilling til organdonasjon. Stiftelsen driver også opplæringsvirksomhet for skoler på flere nivåer.

Nytt regelverk for hornhinnedonasjon har ført til mangel på hornhinnedonorer. Pårørende må nå samtykke før helsepersonell kan benytte hornhinner fra avdøde, jf. rundskriv I-6/2008. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å etablere systemer for opplæring/ kompetanseheving av helsepersonell i spørsmål om hornhinnedonasjon. De regionale helseforetakene er gitt i oppdrag å etablere egne rutiner for å innhente samtykke til hornhinnedonasjon i samarbeid med Helsedirektoratet. Det er et mål at sykehusene er selvforsynte med hornhinner innen kort tid.

Helsedirektoratet skal også kartlegge befolkningens holdning til organdonasjon og hornhinnedonasjon. Kartleggingen skal skje i samarbeid med Stiftelsen Organdonasjon og Norges Blindeforbund, og danne grunnlag for hvordan informasjon til befolkningen om hornhinnedonasjon skal organiseres. Videre skal den europeiske donasjonsdagen markeres i Norge. Det foreslås å øke bevilgningen til Stiftelsen Organdonasjon med 1 mill. kroner i 2010.

Norsk ressursgruppe for organdonasjon – NOROD

Gruppen ble etablert i 1992 og består av helsepersonell fra flere donorsykehus og fra transplantasjonsmiljøet ved Rikshospitalet. Målsettingen er å øke tilgangen til organer for transplantasjon gjennom å etablere gode rutiner for identifisering og oppfølging av potensielle donorer ved donorsykehusene, gjennom opplæring, rådgiving og bevisstgjøring av helsepersonell ved de 28 sykehus som er godkjent for organdonasjon. NOROD har etablert et utdanningsprogram basert på en modell fra Eurotransplant. Opplæring av helsepersonell i kommunikasjon med pårørende er en prioritert oppgave.

Gjennomføring av de nasjonale strategiene på kreft, KOLS og diabetes

Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet å forlenge de nasjonale strategiene på kreft og diabetes til å gjelde til 2011. Dette gir departementet mulighet til bedre å evaluere bruken av nasjonale strategier som virkemiddel og i større grad samordne oppfølgingen av de tre fagstrategiene.

Det Britiske helsedepartementet har tatt initiativ til et «International Cancer Benchmarking Partnership» som er en sammenlignende evaluering av kreftomsorgen i flere europeiske land. Departementet vil vurdere deltagelse i evalueringen som ledd i evalueringen av Nasjonal strategi for kreftområdet.

Følgende foreslås videreført:

Kreftlinjen

Kreftlinjen er et informasjonstilbud, primært rettet mot kreftpasienter og deres pårørende, som driftes av Kreftforeningen. Tilbudet har som formål å drive rådgivning, veiledning og støtte til mennesker som er rammet av eller har spørsmål om kreft. Kreftlinjen benytter telefon, e-post, internett, chatte-tjeneste og SMS for å nå ut til brukerne. Som et ledd i oppfølgingen av Nasjonal strategi for kreftområdet bevilget Stortinget 0,5 mill. kroner til støtte til drift av kreftlinjen i 2009. Midlene foreslås videreført.

Diafonen

Diafonen er et informasjonstilbud drevet av Norges diabetesforbund rettet mot pasienter med diabetes og deres pårørende. Tilbudet har som formål å drive rådgivning, veiledning og støtte til mennesker med diabetes. Tjenesten er tilgjengelig på tele-

fon og på internett. Som et ledd i oppfølgingen av Nasjonal strategi for diabetesområdet bevilget Stortinget 1 mill. kroner til støtte til drift av diafonen i 2009. Midlene foreslås videreført.

Motivasjonsgrupper

Norges diabetesforbund utdanner ledere til «motivasjonsgrupper». Lederne skal blant annet motivere pasienter som lever med diabetes til å leve sunnere og mestre hverdagen med diabetes. Som et ledd i oppfølgingen av Nasjonal strategi for diabetesområdet bevilget Stortinget 0,5 mill. kroner til støtte til utdanning av ledere til motivasjonsgruppene i regi av Norges diabetesforbund i 2009. Midlene foreslås videreført.

Kols-linjen

Kols-linjen er et informasjonstilbud til kols-pasienter og deres pårørende, på lik linje med tilsvarende tilbud for kreft og diabetes. 0,5 mill. kroner foreslås videreført under kap. 761 post 71.

Onkologiske faggrupper

De onkologiske faggruppene organiserer legespesialistene innen de enkelte kreftformene. Faggruppene samler, vurderer og behandler forskningsinformasjon om de enkelte kreftformene. Dette formidles til de regionale helseforetakene og bidrar til lik behandling i Norge. Det danner også grunnlaget for de faglige anbefalingene som gjennom handlingsprogrammene utgis som nasjonale faglige retningslinjer. De onkologiske faggruppene gjennomfører forskning og skriver faglige artikler som bidrar til kunnskapsspredning nasjonalt og internasjonalt. En bevilgning på 1 mill. kroner, foreslås videreført.

Nasjonal koordinering og fagutvikling for de kliniske etikk-komiteene

Seksjon for medisinsk etikk (SME) er tildelt ansvar for nasjonal koordinering og fagutvikling for de kliniske etikk-komiteene (KEK) ved helseforetakene. Dette ansvaret innebærer å bistå komiteene ved etablering, gi tilbud om kompetanseutvikling for KEK-medlemmene, sørge for erfaringsutveksling og kvalitetssikring av KEK-arbeidet og forskning på området.

Per 1. januar 2009 var det etablert 38 kliniske etikk-komiteer ved helseforetakene. Komiteene har i 2008 arbeidet med drøftinger av etiske problemstillinger, etikkundervisning av de ansatte og retningslinjer for etisk vanskelige områder. SME skal legge til rette for at de kliniske etikk-komiteene skal kunne identifisere, analysere og om mulig løse etiske problemstillinger relatert til pasientbehandlingen.

SME utarbeidet i 2008 et utkast til en nasjonal veileder for beslutningsprosesser om begrensing av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende. Veilederen ble utgitt av Helsedirektoratet våren 2009.

Nasjonalt medisinsk museum

Stiftelsen Norsk teknisk museum har etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet opprettet et nasjonalt medisinsk museum integrert i Norsk teknisk museum. I 2007 åpnet en ny, permanent medisinskhistorisk utstilling som fikk navnet God bedring – mennesker, teknologi og viten på sykehus. Utstillingen viser fram sykehusliv og – virksomhet slik pasienter, pårørende og personale har opplevd det, og opplever det i dag. Nasjonalt medisinsk museum skal videreutvikle museets utstillinger samt arbeidet med dokumentering, konservering og magasinering av museets medisinskhistoriske gjenstander.

Fagnettverk – Huntington sykdom

Utfordringene når det gjelder pleie og omsorgstjenester til pasienter med Huntington sykdom kan i noen tilfeller bli så store at det kan være behov for særskilt kompetanse. Helsedirektoratet er bedt om å finne fram til et miljø som kan påta seg oppgaven med å utvikle nødvendig kompetanse når det gjelder pleie og omsorg, og kommunal tilrettelegging for pasienter med Huntington sykdom. Det legges til grunn at det skal utvikles et fagnettverk for kommunene. Det foreslås at 1 mill. kroner som ble bevilget for 2009 øremerket tilbud til personer med Huntington sykdom videreføres, og benyttes i forbindelse med utvikling av fagnettverket og styrking av kompetansen på området.

Doping som samfunnsproblem

Det ble høsten 2009 ferdigstilt en omfangundersøkelse om bruk av doping blant unge i Norge. Blant de som har vært med i denne undersøkelsen svarer 2,6 pst. at de enten bruker eller har brukt dopingmidler. Undersøkelsen understøtter også at de som bruker dopingmidler ofte bruker andre illegale rusmidler, og at de drikker mer alkohol enn gjennomsnittet. Brukere av doping er også mer utsatt for å utøve, eller bli utsatt for vold. Forebygging av dopingbruk må derfor sees i sammenheng med annet rusmiddelforebyggende arbeid og annet forebyggende folkehelsearbeid.

Dopingtelefonen ble opprettet i 2003 som ledd i oppfølgingen av handlingsplanen mot doping. Tjenesten skal bidra til å redusere dopingmisbruket i samfunnet ved å drive et aktivt informasjons-, undervisnings-, forsknings- og utviklingsarbeid. I tillegg er målet å øke den generelle kunnskapen om bivirkninger, skader og andre konsekvenser av et dopingmisbruk. Dopingtelefonen er knyttet til et etablert forskningsmiljø ved Hormonlaboratoriet på Aker universitetssykehus som skal sikre oppdatert fagkunnskap. Midlene foreslås videreført.

Kap. 782 Helseregistre

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
21	Spesielle driftsutgifter			16 000
70	Tilskudd			32 000
	Sum kap. 782			48 000

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er:
- 1 mill. kroner under post 21 flyttet fra kap. 720, post 01.
- bevilgningen under post 70 flyttet fra kap. 732, post 70.

Nasjonale helseregistre er nødvendige for helseovervåkning, forskning, kvalitetssikring og forbedring av helsetjenesten, og utgjør en sentral del av forskningens infrastruktur. Vi har i dag 13 sentrale helseregistre, forankret i Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet, samt Kreftregisteret som er forankret i Helse Sør-Øst RHF. Vi har 12 registre som har status som nasjonale medisinske kvalitetsregistre. I tillegg har vi i overkant av 20 kvalitetsregistre som har potensial til å få status som nasjonale. De medisinske kvalitetsregistrene er forankret i foretaksstrukturen. Opplysningene i flere av de sentrale helseregistrene er til dels ufullstendige, og mange av registrene ligger flere år på etterskudd i registreringene. Det er store variasjoner i kvaliteten på dataene, og det er krevende å koble informasjonen fra ulike helseregistre sammen. Infrastrukturen er umoderne, og feltet har ikke fulgt med i den teknologiske utviklingen. Svakhetene ved f.eks. oppdatering av Dødsårsaksregisteret ble påpekt av Riksrevisjonen ved en kontroll i 2007. Et etterslep på inntil 18 måneder fra dødstidspunkt til data er tilgjengelig for publisering av statistikk og utlevering til andre formål gjør at det ikke er mulig å overvåke dødeligheten i befolkningen løpende. Dette legger begrensninger på registerets nytte både for kvalitetsarbeid i helsetjenesten og til forskning. Tilsvarende utfordringer har vi for de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene.

Regjeringen har sett behov for en samlet gjennomgang av de nasjonale helseregistrene med sikte på økt utnytting, bedre kvalitet og mer sikker håndtering av data for forskning, kvalitetsforbedring og helseovervåkning. Dette ble fulgt opp med etablering av Forprosjektet for Nasjonalt helseregisterprosjekt i 2008. Forprosjektet omfatter de sentrale helseregistrene og de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene. Styringsgruppen for prosjektet ledes av Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporten fra forprosjektet planlegges sendt på høring høsten 2009. I rapporten legges det opp til en langsiktig nasjonal strategi og en toårig handlingsplan for videreutvikling av de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene og de sentrale helseregistrene.

I forprosjektet for Nasjonalt helseregisterprosjekt ble også behovet for data fra primærhelsetjenesten drøftet. Departementet har tidligere gitt Helsedirektoratet i oppdrag å vurdere metoder for oppbygging av statistikk fra allmennlegetjenesten. Formålene er knyttet til både planlegging/styring, herunder sikre større helhet i pasientforløp gjennom samarbeid med spesialisthelsetjenesten, forskning og fagutvikling, samt kvalitetsforbedring i den enkelte allmennlegepraksis. Deler av oppdraget forventes besvart i løpet av 2009. Helse- og omsorgsdepartementet vil eventuelt komme tilbake til behovet for å opprette et sentralt helseregister fra allmennlege-/primærhelsetjenesten på et senere tidspunkt i lys av Nasjonalt helseregisterprosjekt og samhandlingsmeldingen. Det vises for øvrig til omtale under kapittel 762 Primærhelsetjenester.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Nettverk for nasjonale medisinske kvalitetsregistre og sentrale helseregistre

Det er et mål å etablere nasjonale medisinske kvalitetsregistre innenfor viktige fagområder. Helse- og

omsorgsdepartementet beslutter opprettelse av nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Helsedirektoratet er rådgivende for Helse- og omsorgsdepartementet med hensyn til hvilke nasjonale medisinske kvalitetsregistre vi bør ha. For å sikre nasjonal samordning på helseregisterfeltet fikk Helsedirektoratet i 2009 i oppdrag å etablere et nasjonalt nettverk for nasjonale medisinske kvalitetsregistre og sentrale helseregistre med deltakelse fra sentrale aktører på registerområdet. Helsedirektoratet fikk 1 mill. kroner til å ivareta sine oppgaver på kvalitetsregisterområdet i 2009. Midlene foreslås videreført i 2010.

Sentrale helseregistre

I 2010 er det behov for at satsingen på kvalitetsregistre følges opp med tilsvarende satsing på oppgradering og videreutvikling av de sentrale helseregistrene. Posten foreslås derfor styrket med 15 mill. kroner til styrking og videreutvikling av de sentrale helseregistrene. Midlene skal forvaltes av nasjonalt folkehelseinstitutt i tråd med Nasjonalt helseregisterprosjekt. Budsjettforslaget inkluderer bl.a. felles teknologiske løsninger, styrket personvern og felles analysekapasitet. Se omtale også under kapittel 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Post 70 Tilskudd

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre

De regionale helseforetakene har ansvar for at de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene etableres, driftes og finansieres, og har ansvar for å sikre bedre utnyttelse av data og sikrere drift gjennom samordning og utvikling av felles infrastruktur. Hittil har 12 medisinske kvalitetsregistre fått status som nasjonale medisinske kvalitetsregistre. I statsbudsjettet for 2009 ble det vedtatt en betydelig satsing på kvalitetsregisterfeltet. Innenfor inntektsrammen til de regionale helseforetakene ble det øremerket 31 mill. kroner til utvikling og implementering av felles teknisk og organisatorisk infrastruktur for nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ble etablert i Helse Nord RHF ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), og arbeidet med utvikling av felles tekniske løsninger er ansvarsplassert i Helse Midt-Norge RHF ved HEMIT. Det er etablert samarbeid mellom de regionale helseforetakene, Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet med sikte på samordning mellom nasjonale medisinske kvalitetsregistre og øvrige sentrale helseregistre. Helsedirektoratet har i samarbeid med de regionale helseforetakene utarbeidet forslag til kriterier/krav til nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Kriteriene er brukt som utgangspunkt for en gjennomgang av eksisterende medisinske kvalitetsregistre. Gjennomgangen viser at i overkant av 20 eksisterende kvalitetsregistre har potensial til å få status som nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Helse- og omsorgsdepartementet vil på bakgrunn av anbefalinger fra Helsedirektoratet beslutte hvilke medisinske kvalitetsregistre som skal få status som nasjonale registre. Satsningen på medisinske kvalitetsregistre i 2009 er starten på et arbeid som er av langsiktig karakter.

Beløpet på 32 mill. kroner (inkludert prisjustering) foreslås videreført i 2010 ut fra samme fordelingsnøkkel som i 2009. 11 mill. kroner overføres til Helse Nord RHF for drift av Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). 5 mill. kroner overføres til Helse Midt-Norge RHF for utvikling av tekniske fellesløsninger. De resterende midlene foreslås fordelt mellom de regionale helseforetakene til implementering av felles løsninger for de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene de har ansvar for. Videreutviklingen av kvalitetsregisterområdet vil sees i sammenheng med Nasjonalt helseregisterprosjekt. Det vises også til omtale av nasjonale medisinske kvalitetsregistre under kap. 732, Plan og melding fra de regionale helseforetakene.

Kap. 783 Personell

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*			2 023
61	Turnustjeneste			143 037
79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*			22 766
	Sum kap. 783			167 826

Som følge av forslaget til ny budsjettstruktur er:

- bevilgningen under kap. 783, post 21 flyttet fra kap. 724, post 21.
- bevilgningen under kap. 724, post 61 flyttet til kap. 783, post 61.
- bevilgningen under post 79 flyttet fra kap. 724, post 70.

Helsetjenesten er personellintensiv kunnskapsvirksomhet. Helsepersonellet utgjør om lag to tredjedeler av den samlende ressursinnsatsen og utgjør derfor den største innsatsfaktoren i helsetjenesten. I 2007 ble det utført totalt 292 000 årsverk innenfor helse- og sosialtjenestene. Av disse ble om lag 200 000 årsverk utført av personer med helsefaglig utdanning.

Et viktig mål for å sikre kvalitet og møte fremtidens utfordringer er å rekruttere og beholde personell i primærhelsetjenesten.

Helse- og utdanningsmyndighetenes politikk på området og tjenestenes egne tiltak består av mange aktører og etablerte systemer regulert i lover og forskrifter, finansiering og forvaltningsmessig organisering og internasjonalt regelverk og avtaler.

Kompetanse opparbeides gjennom det formelle utdanningssystemet og videreutvikles i tjenestene. Tiltak for bruk av tilgjengelige ressurser vil bli vurdert nærmere av departementet. I Nasjonal Helseplan er det vist til tre dimensjoner som viktige, dimensjonering og innhold i utdanningene samt fordeling av personell.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

For å få et klarere skille mellom tilskuddsmidler og midler til statlige driftsutgifter, er bevilgingen delt mellom post 21 og post 79 Andre tilskudd. Det er gitt en samlet beskrivelse av formålene under post 79.

Post 61 Tilskudd til turnustjenesten

Overordnede formål og hovedprioriteringer

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvar for å organisere turnustjeneste for leger, fysioterapeuter, kiropraktorer og ortopediingeniører.

Formålet med turnustjenesten er å kvalifisere turnuskandidater til selvstendighet i yrket. Fullført turnustjeneste er nødvendig for å få autorisasjon. Formålet med tilskuddsordningene er å sikre god kvalitet på turnustjenesten og bidra til forutsigbarhet for turnusstedene og turnuskandidatene.

Som en oppfølging av forslag i St.meld. nr. 25 (2005-2006), har departementet hatt på høring forslag om obligatorisk turnustjeneste i sykehjem for turnusleger. Forslaget innebærer en endring av forskrift om praktisk tjeneste for å få autorisasjon som lege. Forskriftsendringen vil bli fastsatt høsten 2009.

Tilskudd til turnustjeneste for leger og fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten

Formål og hovedprioriteringer

Et halvt års turnustjeneste i kommunehelsetjenesten inngår som del av den praktiske tjenesten for å få autorisasjon som henholdsvis lege og fysioterapeut. Kandidater med fullført og godkjent utdanning tildeles midlertidig turnuslisens etter påmelding til ordningen. Formålet med tilskuddet er å kompensere for kommunenes ekstra kostnader i forbindelse med turnustjeneste for turnusleger.

Resultatrapportering

I 2008 ble det utstedt 850 turnuslisenser for medisinske kandidater og 270 turnuslisenser for fysioterapeutkandidater for turnusstart i sykehus. Turnusleger gjennomfører ett år og fysioterapeutkandidaten et halvt år sykehusturnus før kommuneturnus.

Kommuner som har avtale om å ta imot turnuslege får i 2009 et tilskudd på 120 000 kroner per halvår for hver turnuslege. Om lag 825 turnusleger startet turnustjeneste i kommunehelsetjenesten i 2009. I 2009 var det totalt 895 turnusplasser for leger i sykehus. Det forventes at om lag samme antall turnusleger vil påbegynne turnustjeneste i kommunehelsetjenesten i 2010.

Kommuner som mottar fysioterapeutkandidater mottar fastlønnstilskudd for kandidaten etter forskrift om fastlønnstilskudd til delvis dekning av kommunenes utgifter til fysioterapitjenesten. Det er noe under 300 fysioterapeutkandidater som skal ut i turnustjeneste i kommunehelsetjenesten i 2009, og det forventes ingen vesentlig økning i antallet for 2010.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å foreta en gjennomgang av turnustjenesten for leger. Departementet vil komme tilbake til eventuelt forslag til endringer i organiseringen av turnustjenesten etter at direktoratets utredning er vurdert. En helhetlig gjennomgang av turnustjeneste for leger vil ikke få konsekvenser for ordningen i 2010.

Tilskudd til kurs og veiledning av turnuskandidater

Det gis tilskudd til ulike kurs og veiledningsprogram for turnuskandidater og turnusveiledere for å sikre en god kvalitet på turnustjenesten. Dette gjelder både for turnustjeneste i kommune- og i

spesialisthelsetjenesten og omfatter blant annet kurs i legevaktmedisin.

Kurs og veiledningsprogrammene videreføres i 2009 og foreslås videreført i 2010.

Tilskudd til reise- og flytteutgifter

Tilskudd til reise- og flytteutgifter for turnuskandidater ytes etter regelverk for refusjon innenfor gjeldende budsjettramme. Distrikts- og rekrutteringshensyn vektlegges.

Det ble utbetalt om lag 3 mill. kroner til tiltaket i 2008. Tiltaket videreføres i 2009 og foreslås videreført i 2010.

Utvidet krav til veiledet tjeneste for å få adgang til å utøve selvstendig virksomhet som allmennlege innenfor en nasjonal trygdeordning

Fra 1. januar 2006 ble det innført krav om minst tre års veiledet tjeneste for å få adgang til å utøve selvstendig virksomhet som allmennlege innenfor nasjonal trygdeordning. Krav om tre års veiledet tjeneste følger av EØS-avtalen og forskrift. Det gis tilskudd til kommuner for å dekke kostnader til veiledning, og til obligatoriske kurs som ledd i ordningen.

I 2008 var 285 allmennleger omfattet av ordningen. Hvor mange leger som årlig har behov for veiledet tjeneste, avhenger av kvalifikasjon og yrkeserfaring hos de legene som søker arbeid som fastlege.

Det ble i 2008 utbetalt tilskudd til veiledning og kurs på om lag 5,5 mill. kroner. Tiltaket er videreført i 2009. Det forventes en økning i antall leger som gjennomfører veiledet tjeneste.

Tilskudd til turnustjeneste for kiropraktorkandidater

Formålet med denne tilskuddsordningen er å stimulere privatpraktiserende kiropraktorer til å ta i mot turnuskandidater i 1 års turnustjeneste. Tilskuddet er en kompensasjon/ godtgjørelse for kostnader i forbindelse med veiledningsoppgavene. Norge har ingen kiropraktorutdanning i dag. 30-40 norske studenter påbegynner årlig studiet i utlandet, fortrinnsvis ved den nordiske kiropraktorskolen ved Syddansk Universitetet i Odense i Danmark.

Det ble gitt om lag 640 000 kroner i tilskudd til kiropraktorer i 2008. Dette er noe lavere enn tidligere år. Tiltaket er videreført i 2009. Det forventes om lag 30-40 kiropraktorkandidater i 2009. Tiltaket foreslås videreført på samme nivå i 2010.

Utviklingsarbeid innen turnus og øvrige tiltak

Formålet med tilskuddsordningen er å sikre god kvalitet på turnustjenesten gjennom å vurdere og kvalitetssikre de overordnede rammene for turnustjenesten. Bevilgningen omfatter blant annet obligatorisk kurs i trygdefaglige emner, system for fordeling av turnusplasser for leger i kommuneturnus og forsøksordning med psykiatri i turnustjeneste for leger ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Tiltakene videreføres i 2009.

Universitetssykehuset i Nord-Norge HF fikk høsten 2008 ansvar for å gjennomføre et tidsbegrenset prosjekt med tredelt turnustjeneste for leger med seks måneder indremedisin, tre måneder kirurgi og tre måneder psykiatri. Prosjektet startet våren 2009. De første erfaringene vil foreligge i slutten av 2010 og vil bli vurdert sammen med erfaringer med tredelt turnustjeneste.

Merknader til budsjettforslaget

Bevilgningen på posten foreslås satt ned med 8 mill. kroner.

Post 79 Andre tilskudd

Helsepersonellregisteret (HPR) (fra 724.21)

Formål og hovedprioriteringer

Helsepersonellregisteret (HPR) ble opprinnelig etablert som et arbeidsverktøy i forvaltningens arbeid med autorisasjoner for helsepersonell. HPR eies av Helsedirektoratet, brukes av Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) og driftes av Helsetilsynet. Registeret brukes til stadig flere formål som krever endrede dataløsninger, herunder integrasjoner til andre IT-baserte helsetjenestesystemer. Detaljerte, nøyaktige, ajourførte og kvalitetssikrede data om helsepersonells kompetanse er en forutsetning for å ta i bruk elektronisk signering og formidling av sykemeldinger og resepter og for å utløse refusjoner og ytelser fra NAV. Flere gruppers rekvireringsrettigheter stiller økte krav til å registrere mer detaljerte opplysninger om spesialkompetanse. Det er dessuten behov for bedre digitaliserte løsninger for søkere av autorisasjon og brukere med nettbasert løsning for innbetaling av gebyrer.

Resultatrapportering

Arbeidsprogram for forbedring av datakvalitet i HPR for oppslag i IT-baserte helsetjenestesystemer ble iverksatt i 2008 i et samarbeid mellom Helsedirektoratet, SAFH og Helsetilsynet. Samtidig er det gjennomført kvalitetsforbedrende tiltak innenfor eksisterende løsninger.

SAFH har i lang tid distribuert uttrekk av HPR basert på tidkrevende, manuelle rutiner. Det er

arbeidet med løsninger basert på distribusjon av HPR i Norsk Helsenett med døgnvise oppdateringer. Det er etablert et mindre prosjekt for gjennomføring i 2009.

Helsedirektoratet vil starte arbeidet med et forprosjekt for videre utvikling av HPR.

Formål og hovedprioriteringer

Statistisk sentralbyrå (SSB) har i samarbeid med helsemyndighetene over lengre tid videreutviklet en modell for fremskriving av arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell (Helsemod). Fremskrivingen brukes bl.a. som grunnlag for beslutninger om dimensjonering av utdanningsplasser innen helse- og sosialfag.

Resultatrapportering

Fremskrivingsmodellen er videreutviklet i 2008. I den nye modellen er det gjort beregninger med alternative forutsetninger for vekst i etterspørsel, endret personellsammensetning og en sterkere prioritering av primærhelsetjenesten.

Ny versjon av Helsemod ble publisert i februar 2009. SSB vil få i oppdrag å foreta justeringer i Helsemod blant annet som følge av endringer i opptakskapasitet til studieplasser ved universitet og høgskoler fra høsten 2009.

Ny database for legestillinger

Formål og hovedprioriteringer

Helsedirektoratet utvikler en løsning for å få oversikt over legestillinger i spesialisthelsetjenesten. Databasen vil inngå i helseforetakenes ledelses-, informasjons- og styringssystem. Systemet vil styrke muligheten til å følge opp det lovbaserte legefordelingssystemet lokalt, regionalt og nasjonalt. Det vil i tillegg brukes ved saksbehandling ved tildeling av hjemlede legestillinger og ved vurdering av kapasiteten i spesialistutdanningen. Dagens databaseløsning og rapporteringsløsning opprettholdes mens den nye løsningen prøves ut i løpet av 2010. Sett i sammenheng med fastlegeregisteret, helsepersonellregisteret og systemet for behandlingsrefusjon til leger vil systemet gi en god samlet oversikt over legemarkedet i landet.

Resultatrapportering

Det er etablert et prosjekt som ledes av Helsedirektoratet og der de regionale helseforetakene deltar. Det er utarbeidet en funksjonell kravspesifikasjon for ny rapporterings- og databaseløsning. Det ble planlagt anskaffelse av teknisk bistand for utarbeidelse av konkurransegrunnlag for kravspesifikasjon for den framtidige tekniske løsningen.

Det er gjennomført forhandlinger med aktuell leverandør av ny teknisk løsning. I løpet av året vil det bli arbeidet med implementering og testing i alle helseregioner med sikte på oppstart i 2010.

Tilskudd til godkjenning av helsepersonell utdannet i utlandet

Formål og hovedprioriteringer

Helsemyndighetene har ansvar for å sikre at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap og ferdighet til å utøve sitt yrke på en forsvarlig måte. Offentlig godkjenning i form av autorisasjon og lisens kan gis til helsepersonell som oppfyller bestemte krav til teoretisk og praktisk kunnskap og kyndighet. Gjennom dette bidrar helsepersonellovens autorisasjonsordning til å ivareta hensynet til pasientsikkerhet og befolkningens tillit til helsepersonell og helsetjeneste.

Mens godkjenning av helsepersonell utdannet i et annet land innen EØS-området er regulert gjennom internasjonale avtaler, må det foretas en konkret individuell vurdering av om helsepersonell utdannet utenfor EØS-området oppfyller lovens krav til autorisasjon eller lisens.

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell fatter vedtak ut fra framlagt dokumentasjon på utdanning og yrkeserfaring. Før vedtak fattes, kan det innhentes sakkyndig uttalelse i saken. Leger utdannet utenfor EØS-området kan i tillegg tilbys å framstille seg for en test som ledd i dokumentasjon av teoretisk og praktisk kunnskap og kyndighet. Universitetet i Oslo tilbyr testen på oppdrag av helsemyndighetene.

I medhold av forskrift om tilleggskrav for autorisasjon av helsepersonell må søkere fra fem personellgrupper også gjennomføre kurs i nasjonale fag som tilbys av universitet og høyskoler på oppdrag av helsemyndighetene. I tillegg tilbys kurs i nasjonale fag av Oslo kommune og av noen private organisasjoner uten statlig tilskudd.

Helsemyndighetene har igangsatt en gjennomgang av godkjenningsprosedyrer og kvalifiseringstiltak for helsepersonell utdannet i utlandet med tanke på en omlegging av dagens system fra 2011.

Resultatrapportering

Kurs i nasjonale fag ble i 2008 arrangert for sykepleiere ved fem høgskoler, for hjelpepleiere av bl a Oslo kommune, for farmasøyter ved Universitetet i Oslo og for leger ved flere av våre medisinske fakultet. Helsefagarbeidere fikk tilbud om samme kurs som hjelpepleiere. Universitetet i Oslo endret

etter en faglig gjennomgang sitt testsystem for leger i 2008 for å øke kvaliteten.

Det blir tilbud om test av kvalifikasjoner for leger utdannet utenfor EØS-området høsten 2009. Ved gjennomføring av kurs i nasjonale fag blir det forsøkt en samordning for flere av de aktuelle yrkesgruppene. Arbeidet med planlagt omlegging fra 2011 i samarbeid med Universitets- og høgskolerådet videreføres.

I forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 67 (2008-2009) ble det bevilget ekstra 4,5 mill. kroner til aktuelle tester og kurs for 2009. Ekstrabevilgningen foreslår videreført i 2010 for å dekke ekstra utgifter som høgskoler og universitet har med gjennomføring av kurs i nasjonale fag for fem yrkesgrupper og til testing av leger som ledd i vurdering av vilkår for autorisasjon. Behovet er utløst bl.a. av økt etterspørsel etter kurs i nasjonale fag for flere helsepersonellgrupper samt økte kostnader til kvalitetsutvikling av testing av leger fra land utenfor EØS.

Alternativ behandling

Formålet med tilskuddsordningen er å øke kunnskapsgrunnlaget om bruk av og effekt av alternativ behandling, både innenfor og utenfor helsetjenesten. Formålet er også å sørge for kvalitetssikret informasjon om alternativ behandling og bidrag til profesjonalitet blant utøvere og sikkerhet overfor brukere.

Tilskudd til alternativ behandling omfatter registerordning i Brønnøysundregistrene for utøvere av alternativ behandling, drift av Nasjonalt forskningssenter for komplementær og alternativ behandling (Nafkam), Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (Nifab) og Sammenslutningen av alternative behandlerorganisasjoner (Saborg). I 2009 utgjør tilskuddet til sammen omlag 12,5 mill. kroner.

Etterspørselen etter registerordningen er fortsatt relativt lav. Fagmiljøet Nafkam/Nifab er fortsatt i en utviklingsfase, og er nå administrativt plassert under Universitetet i Tromsø basert på en avtale med Helse- og omsorgsdepartementet. Nafkam har fått en sterk internasjonal posisjon, og ble i 2008 valgt som WHOs første samarbeidssenter i Nord-Europa innen folkemedisin og alternativ behandling. Formålet med Nifab er å gi publikum og helsepersonell god og uavhengig informasjon om alternativ behandling. Saborg har videreutviklet en felles klageordning innen alternativ behandling. De arbeider nå for utdanningskrav og etablering av minstestandard for fagkrav som også kan knyttes til registerordningen, jf. foran. Virksomheten ved Saborg er lagt opp til å være selvfinansiert etter 2009. Tilskudd til alternativ behandling foreslås videreført i 2010. Midlene omfatter også tilskudd til Norge-Kina samarbeid innenfor alternativ behandling (ivaretas av Nafkam).

Spesialistutdanning av leger

Stortinget behandlet Ot.prp. nr. 83 (2008-2009) i juni 2009 og fattet vedtak om å endre helsepersonelloven § 53. Endringen innebærer at Helsedirektoratet ikke lenger skal ha adgang til å delegere myndighet til å behandle søknader om spesialistgodkjenning til private yrkesorganisasjoner. Oppgaven er regulert i forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell som i dag gjelder optikere, tannleger og leger.

Optikere har en offentlig godkjent spesialitet i kontaktlinsetilpasning basert på et halvt års utdanning ved Høgskolen i Buskerud. Godkjenning gis på grunnlag av bestått eksamen. Norges Optikerforbund har en spesialistgodkjenningskomité som behandler søknadene og tildeler spesialistgodkjenning. Det godkjennes om lag 50 spesialister hvert år, de aller fleste med norsk eksamen. Søknadsbehandlingen er ikke gebyrbelagt.

Tannleger har syv offentlig godkjente spesialiteter. Spesialistutdanning for tannleger er en fulltidsutdanning på 3 – 5 år, avhengig av spesialitet. Utdanningen foregår ved universitetene i Oslo og Bergen og er under oppbygging ved Universitetet i Tromsø og ved to av de fem regionale odontologiske kompetansesentrene. Søknad om godkjenning behandles av Den norske tannlegeforenings spesialistkomité, og godkjenningsvedtak fattes av hovedstyret to ganger årlig. Det godkjennes 10-12 nye spesialister med norsk utdanning hvert år, og i tillegg minst like mange med utdanning fra utlandet. Søknadsbehandlingen er gebyrbelagt.

Leger har 44 offentlig godkjente spesialiteter, 41 av disse sykehusbaserte. Spesialistutdanningen skjer i klinisk arbeid som lege, som hovedregel i egne opprettede utdanningsstillinger i myndighetsgodkjent sykehusavdeling eller som fastlege i kommunene. Spesialistutdanning tar 5-7 år, avhengig av spesialitet.

Søknad om godkjenning behandles av Den norske legeforenings spesialitetskomiteer og administrasjon, og godkjenningsvedtak fattes av sentralstyret. Saksbehandlingen omfattet i 2008 om lag 3000 saker, og det ble gitt 998 nye spesialistgodkjenninger. Av disse var 428 overføring av utenlandske spesialistgodkjenninger i samsvar med EØS-reglene og Nordisk overenskomst på området. I tillegg ble det gitt 433 godkjenninger som resertifisering av spesialister i allmennmedisin da det er krav om dette hvert femte år. Søknadsbehandlingen er ikke gebyrbelagt.

De tre gruppene samlet innebærer om lag 1500 spesialistgodkjenninger årlig. Bak disse godkjenningene ligger det betydelig veiledning av søkere og omfattende saksbehandling. Beregninger fra yrkesorganisasjonene tilsier at søkertallet vil øke i de nærmeste årene. Økt mobilitet i arbeidsmarkedet internasjonalt vil forsterke dette og øke kompleksiteten på saksfeltet.

Det legges opp til at Helsedirektoratet vil kunne overta saksbehandlingen av enkeltsøknader om spesialistgodkjenning i løpet av høsten 2011. Helsedirektoratet etablerte i 2009 et «Spesialistgodkjenningsprosjekt» for å sørge for at overføringen av godkjenningsmyndigheten kan skje innenfor en slik tidshorisont.

Det pågår et utviklingsarbeid for en mer effektiv elektronisk plattform for behandling av søknader om lisens og autorisasjon, for helsepersonellregisteret og for hjemmelsdatabasen for legestillinger i spesialisthelsetjenesten. Det er behov for utvikling av et elektronisk saksbehandlingsverktøy for en effektiv saksbehandling av enkeltsøknader om spesialistgodkjenning. Dette må ses i sammenheng med de øvrige utviklingsprosjektene.

Oppfølging av anmodningsvedtak

Vedtak nr. 573, 12. juni 2001

> «Stortinget ber Regjeringen utarbeide særskilte kompetansekrav til frivillige mannskaper som er engasjert i ambulansetjeneste/suppleringstjeneste f.eks. ved idretts og kulturarrangementer og ulike redningsaksjoner.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av St.meld. nr. 43 (1999-2000), jf. Innst. S. nr. 300 (2000-2001).

Helse- og omsorgsdepartementet mottok i desember 2008 rapporten «Frivillige organisasjoner og ambulansetjenesten» fra en arbeidsgruppe som skulle utredet kompetansekrav til frivillige mannskaper som er engasjert i ambulansetjenesten. Arbeidsgruppen understreker at kompetansekravene knyttet til ambulanseoppdrag som faller inn under forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus ikke må undergraves, og gjelder uavhengig av om oppdragene utføres av helseforetakene selv eller etter avtale med frivillige organisasjoner eller andre. Helse- og omsorgsdepartementet støtter dette. Det er samtidig viktig å legge til rette for at de frivillige skal kunne fortsette å spille en rolle i den akuttmedisinske kjede som suppleringsmannskap, sanitetspersonell, med beredskapsbiler og ved redning utenfor vei. Det pågår nå et arbeid i dialog med de frivillige, Helsedirektoratet og veimyndigheten for å legge til rette for at frivillige organisasjoner og andre skal fortsette å kunne utføre lettere ambulanseoppdrag eller helsetransportoppdrag som ikke omfattes av kompetansekravene i forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Dette arbeidet vil inkludere en vurdering av hvilken kompetanse som er nødvendig for slike oppdrag. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med en nærmere redegjørelse for resultatet av dette arbeidet.

Vedtak nr. 556, 19. juni 2009

> «Stortinget ber Regjeringen legge frem en egen sak om organisering og vilkår for den fremtidige ordningen med spesialistgodkjenning og utdanning av spesialister i helsevesenet.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av Ot.prp. nr. 83, jf. Innst. O. nr. 122 (2008-2009).

Helse- og omsorgsdepartementet vil gi Helsedirektoratet i oppdrag å utforme og etablere en ny spesialistgodkjenningsordning for leger, tannleger og optikere. I dette arbeidet vil berørte yrkesorganisasjoner inviteres til et samarbeid. Det legges opp til at Helsedirektoratet vil kunne overta saksbehandlingen av enkeltsøknader om spesialistgodkjenning i løpet av 2011. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte med hensyn til den fremtidige ordning for godkjenning og utdanning av spesialister i helsetjenesten.

Merknader til budsjettforslaget

Bevilgningen foreslås styrket med 4,5 mill. kroner til gjennomføring av kurs i nasjonale fag og til testing av leger som ledd i vurdering av vilkårene for autorisasjon.

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. Folketrygden gir i hovedsak stønad ved helsetjenester utenfor institusjon. Omsorgstjenester og forebyggende tjenester finansieres i utgangspunktet ikke av folketrygden.

Kommunene har ansvaret for primærhelsetjenesten og de regionale helseforetakene for spesialisthelsetjenesten. Fylkeskommunen har ansvar for tannhelsetjenesten. Foruten det ansvarlige forvaltningsnivåets egenfinansiering av tjenestene, bidrar folketrygden og pasientene til finansiering av en del tjenester gjennom refusjoner og egenandeler. Refusjonstakstene for lege-, fysioterapi- og psykologtjenester blir fastsatt i de årlige takstoppgjørene.

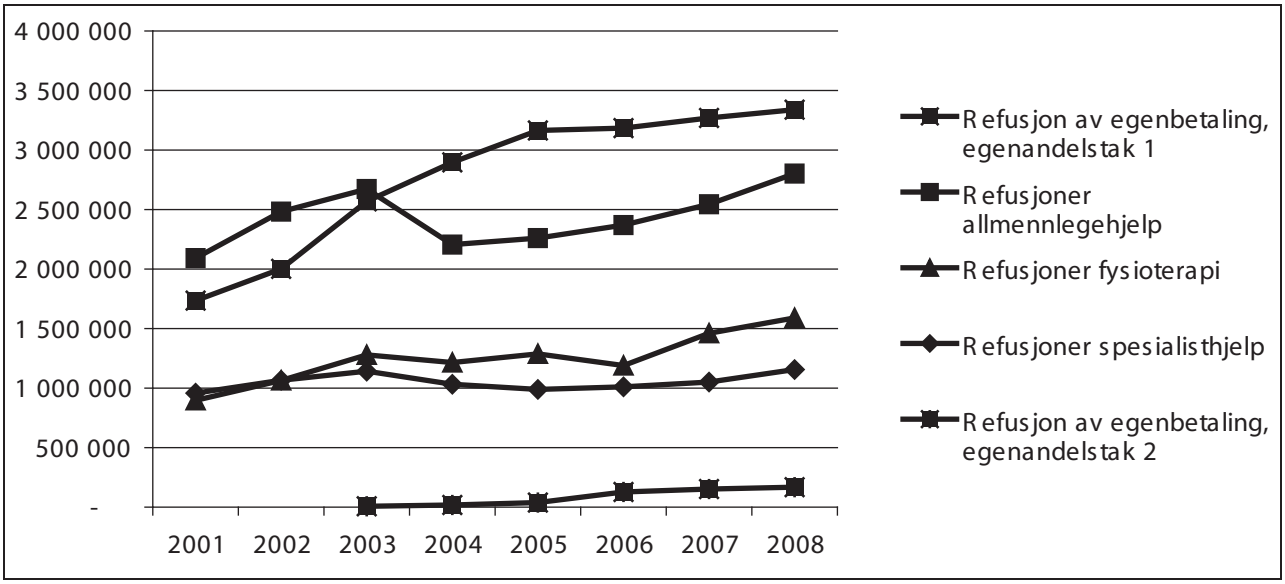
I spesialisthelsetjenesten gis det trygderefusjoner til bl.a. private laboratorier og røntgeninstitutt, praktiserende legespesialister og spesialister i klinisk psykologi. I kommunehelsetjenesten gis det trygderefusjoner til bl.a. allmennlegetjenester og fysioterapitjenester.

Legemidler og sykepleieartikler på blå resept finansieres av folketrygden og pasientene.

Over bidragsordningen gis det støtte til dekning av utgifter til enkelte helsetjenester når utgiftene ellers ikke dekkes etter folketrygdloven eller andre lover. Det gjelder bl.a. legemidler på hvit resept.

Fra og med 1. januar 2009 ble forvaltningsansvaret for helserefusjonsområdet flyttet fra Arbeids- og velferdsdirektoratet til Helsedirektoratet. Saksbehandlingen og utbetalingen av refusjoner foregår i Helseøkonomiforvaltningen (Helfo). Helfo er en egen organisatorisk og administrativ enhet underlagt Helsedirektoratet og er en leverandør av tjenester til utøverne og befolkningen.

Utviklingstrekk



Figur 5.6 Folketrygdens refusjonsutgifter til lege- og fysioterapihjelp og egenandelstakordningene i perioden 2001–2008 (beløp i 1 000 kroner)

Refusjon legetjenester

Utgifter til allmennlegehjelp omfatter fastleger, legevakt og avsetning til fond. Refusjoner til allmennleger har økt fra 2 092 mill. kroner i 2001 til 2 802 mill. kroner i 2008, tilsvarende en nominell vekst på 34,0 pst. Nedgangen i refusjonsutgifter fra 2003 til 2004 skyldes dels overføring av legeerklæringer til daværende Arbeids- og sosialdepartementet og dels egenandelsøkninger som motsvares av reduserte refusjonstakster, jf. figur 5.6.

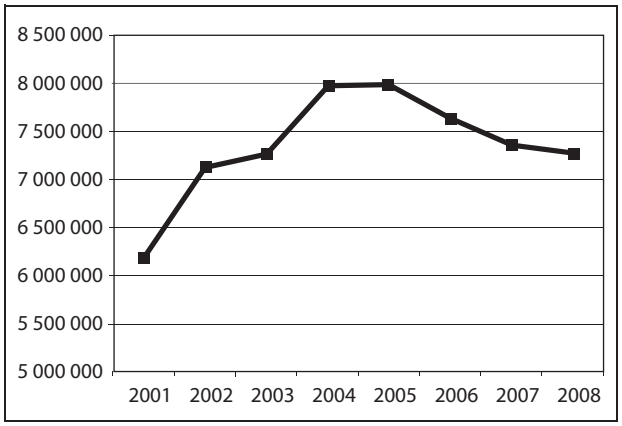
Refusjoner til spesialisthjelp har vært relativt stabile med en svak økning fra 958 mill. kroner i 2001 til 1 156 mill. kroner i 2008. Dette tilsvarer en nominell vekst på 20,7 pst. for hele perioden.

Det vises også til omtale på kap. 762 Primærhelsetjeneste.

Refusjon fysioterapi

Folketrygdens utgifter til fysioterapi økte i perioden 2001 til 2008 fra 896 mill. kroner til 1 589 mill. kroner. Dette tilsvarer en nominell vekst på 77,3 pst. Fra 2006 til 2008 har utgiftene økt med 400 mill. kroner, eller 33,6 pst. Det vises også til omtale på kap. 762 Primærhelsetjeneste.

Legemidler på blå resept



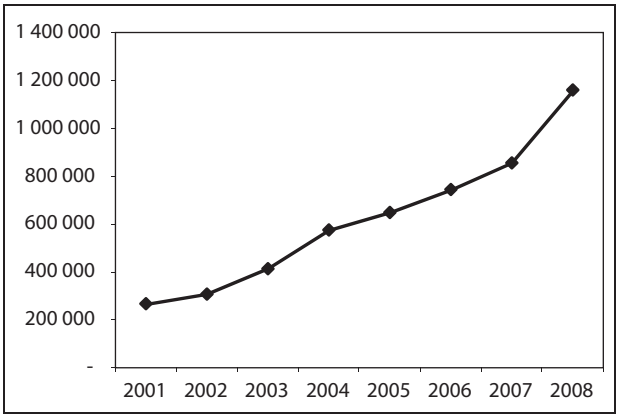
Figur 5.7 Folketrygdens utgifter til legemidler i perioden 2001–2008 (beløp i 1 000 kroner)

I perioden 2001 til 2004 økte folketrygdens utgifter til legemidler under blåreseptordningen fra 6,2 mrd. kroner til om lag 8 mrd. kroner, jf. figur 5.7. Dette tilsvarer en nominell vekst på 29 pst. Trygdens utgifter ble redusert fra 8 mrd. kroner i 2005 til 7,3 mrd. kroner i 2008. Dette hadde sammenheng med at de regionale helseforetakene overtok ansvaret for finansiering av enkelte legemidler. Dette gjelder TNF-hemmere som ble overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene i 2006 (392 mill. kroner) og 2007 (320 mill. kroner), og MS-legemidler som ble overført til de regionale helseforetakene i 2008 (259 mill. kroner). Videre ble det i 2007 overført legemidler fra refusjon etter bidragsordningen til forhåndsgodkjent refusjon og individuell refusjon (255 mill. kroner). Korrigert for disse overføringene har utgiftene vært stabile fra 2005 til 2008.

I tillegg er det gjennomført en rekke tiltak for å dempe utgiftsveksten, blant annet innføring av trinnprissystemet i 2005 og ordning med foretrukket legemiddel.

Det vises også til omtale på programkategori 10.50 Legemidler.

Refusjon tannlegehjelp



Figur 5.8 Refusjoner til tannlegehjelp for perioden 2001-2008 (beløp i 1 000 kroner)

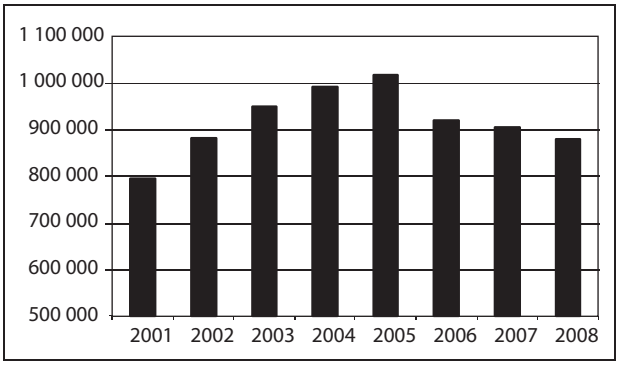
Utgiftene til tannlegehjelp økte fra 265 mill. kroner i 2001 til 1 160 mill. kroner i 2008. Økningen fra 2001 til 2007 skyldes i stor grad innføring av nye stønadsordninger. I forbindelse med innføring av egenandelstak 2 i 2003 økte stønaden til behandling av periodontitt og sykdommer i munn og kjeve betydelig. Stønad til rehabilitering i de tilfeller tenner er tapt som følge av periodontitt, ble innført i oktober 2003. Ved innføringen av denne ordningen ble det anslått at om lag 5 000 pasienter årlig ville ha behov for slik behandling. Data fra 2007 viser at det er utbetalt stønad til om lag 15 000 pasienter for slik behandling (de fleste er i aldersgruppen 50–79 år). De nye stønadsordningene sammen med prisjustering og volumvekst forklarer det meste av økningen fra 2001 til 2007. En del av økningen på 305 mill. kroner, fra 2007 til 2008, skyldes flytting av stønadsordning fra kap. 2790, post 70, (§ 5-22 Bidrag lokalt) med 120 mill. kroner til kap. 2711, post 72, i kombinasjon med opphevelse av krav til forhåndsgodkjenning.

Det vises også til omtale på kap. 10.70 Tannhelse.

Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1

Egenandelstak 1 omfatter egenandeler for lege- og psykologhjelp, laboratorie- og røntgenvirksomhet, legemidler og sykepleieartikler på blå resept samt pasienttransport. For 2009 er utgiftstaket 1 780 kroner. Når årlige utgifter når opp i 1 780 kroner, har brukeren rett til frikort. Ytterligere utgifter dekkes deretter fullt ut av trygden.

Fra 2001 til 2008 har utgiftene over egenandelstak 1 nesten blitt fordoblet fra 1 735 mill. kroner til 3 338 mill. kroner jf. figur 5.6. Utgiftsveksten var sterk til og med 2005, deretter har den vært mer moderat. Stabiliteten de siste tre årene har sammenheng med at økningen i egenandeler og tak stort sett har tilsvart hverandre.



Figur 5.9 Mottakere av frikort under egenandelstak 1 i perioden 2001-2008

Egenandelstaket økte mindre enn egenandelene i perioden 2001-2005. Dette har bidratt til at om lag 900 000 helsetjenestebrukere årlig når egenandelstak 1. De tre siste årene har antall frikort gått noe ned. Det ble utstedt 24 000 færre frikort i 2008 enn i 2007, en nedgang på 2,7 pst., og denne tendensen ser ut til å fortsette i 2009.

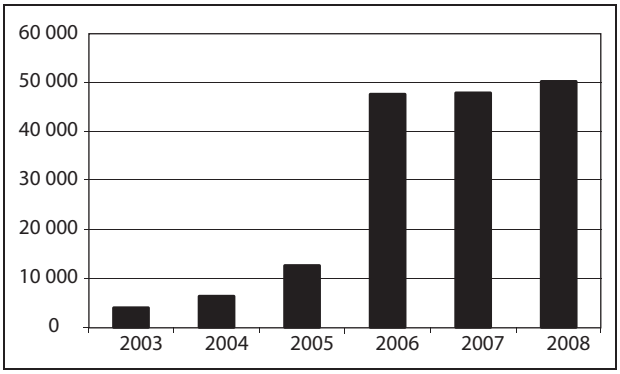
I 2008 fikk 879 000 brukere utstedt frikort, herav 437 000 alders- og uførepensjonister, hvorav 85 000 med minstepensjon. Ved utgangen av 2008 var det totalt 938 000 alders- og uførepensjonister i Norge, og 47 pst. av disse mottok frikort.

415 000 av frikortmottakerne i 2008 var i arbeidsfør alder, 17–69 år, og hadde arbeidsinntekt i 2007. Tilsvarende var det 2 914 000 personer i arbeidsfør alder med arbeidsinntekt i Norge i 2007. Kun 14 pst. av de arbeidsføre med inntekt mottok dermed frikort.

Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2

Egenandelstak 2 ble innført i 2003 og omfatter egenandeler for følgende tjenester

- fysioterapi
- enkelte former for refusjonsberettiget tannbehandling
- opphold ved opptreningsinstitusjoner og private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionale helseforetak
- behandlingsreiser til utlandet (klimareiser)



Figur 5.10 Mottakere av frikort under egenandelstak 2 i perioden 2003-2008

Utgiftene til egenandelstak 2 viser en økning siden innføringen i 2003, jf. figur 5.6. Egenandelstaket ble satt ned fra 4 500 kroner i 2004 til 2 500 i 2006. Dette forklarer økningen i utgiftene under ordningen i 2006, og den sterke veksten i antall frikortmottakere samme år. De siste tre årene har utgiftsveksten vært mer moderat. Fra 2007 til 2008 var egenandelstaket uendret og utgiftene økte med 15,8 mill. kroner, eller 10,4 pst.

Antall frikort økte med 4,8 pst. fra 2007 til 2008. Antall frikortmottakere har økt fra 3 800 i 2003 til 50 200 i 2008. I forbindelse med at taket ble redusert til 2 500 kroner i 2006 økte antall frikortmottakere med 34 800. Antall utstedte frikort har vært forholdsvis stabilt de siste tre årene. De fleste som oppnår frikort under tak 2 ordningen, oppnår også frikort under tak 1 ordningen.

Takstforhandlingene 2009

Det ble i mai og juni 2009 gjennomført takstforhandlinger med Den norske legeforening, Norsk fysioterapeutforbund og Norsk psykologforening. I årets tre oppgjør ble det avtalt en nettoinntektsutvikling for gruppene på om lag 4 pst. Relativt store overheng fra oppgjørene i 2008 samt egenandelsøkningen i 2009, medførte fra 1. juli 2009 nulloppgjør for legene og fysioterapeutene og et tillegg på 0,5 pst. for psykologene.

I avtaleåret 1. juli 2008 til 30. juni 2009 var utgiftsutviklingen på refusjonstakstene til legene betydelig over avtalt ramme. På bakgrunn av dette ble det i forhandlingene avtalt en reduksjon av takstene tilsvarende 55 mill. kroner. Dette reduserte nivået ble lagt til grunn for øvrige endringer som

følge av forhandlingene. Det ble gitt en kompensasjon svarende til 65 mill. kroner som et engangsbeløp til leger som anvender Norsk helsenett/elektronisk meldingsutveksling. Denne kompensasjonen er inkludert i nullrammen.

Økt kommunalt finansieringsansvar for fysioterapitjenestene

Stortinget har ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2008-2009) for Helse- og omsorgsdepartementet, jf. Innst. S. nr. 11 (2008 – 2009), sluttet seg til at kommunenes finansieringsansvar for den avtalebaserte fysioterapitjenesten skal økes. Denne endringen vil gi et større samsvar mellom oppgaveansvar og finansieringsansvar for den avtalebaserte fysioterapitjenesten. De kommunale driftstilskuddenes andel av fysioterapeutenes inntekt/omsetning, samlet sett, skal økes på bekostning av refusjonstakstene fra trygden. Omleggingen skal være provenynøytral for staten og kommunene samlet. Det skal overføres midler fra folketrygden til kommunene. Kommunene vil i 2010 og 2011 få overført midler som dekker merutgifter ved at driftstilskudd økes på grunn av denne omleggingen. Ved takstforhandlingene mellom staten/KS og Norsk Fysioterapeutforbund våren 2009 ble det fastsatt at 25 pst. av omleggingen skulle foretas i avtaleåret 2009/2010. Dette utgjør 110,7 mill. kroner for hele 2010. Disse midlene vil bli fordelt etter antall årsverk avtalefysioterapeuter i kommunene, hentet fra Kostra–rapporteringen publisert juni 2009.

Fra og med 2012 vil midlene bli fordelt etter helsenøkkelen i kommunenes rammetilskudd.

Fra avtaleåret 2010/2011 skal omleggingen videreføres, og det vil bli overført ytterligere midler fra folketrygden til kommunene for annet halvår 2010. Dette vil regjeringen komme tilbake til.

Det forutsettes at kommunene ved oppretting av nye hjemler dimensjonerer disse til kommunens behov for fysioterapitjenester. I utgangspunktet skal avtalehjemler være 100 pst. av et fullt årsverk. Det er kun i de tilfeller hvor kommunen har behov for deltidshjemler at slike skal opprettes.

Det vises også til omtale på kap. 762 Primærhelsetjeneste.

Nærmere om budsjettforslaget for 2010

Økt aldersgrense for fritak av egenandeler

Det foreslås å heve aldersgrensen for fritak for egenandeler under tak 1 ordningen fra 12 til 16 år. Ny aldersgrense på 16 år iverksettes fra 1. januar 2010.

Ved dette forslaget oppheves særordningen med at egenandelene for barn opp til 16 år kan summeres sammen med egenandelene for en av foreldrene. Forslaget vil gjøre det enklere for ungdom i denne aldersgruppen å oppsøke lege mv. Merutgiftene til folketrygden anslås til 122 mill. kroner.

Økning av egenandeler og egenandelstak 1

Det foreslås å øke egenandelene for helsetjenester under egenandelstak 1 ordningen med 4 pst. med unntak av blå resept. For blå resept foreslås det at den prosentvise egenandelen økes fra 36 pst. til 38 pst. og at maksimal egenandel beholdes på 520 kroner.

Det foreslås videre å øke egenandelstak 1 med 60 kroner fra 1 780 kroner til 1 840 kroner mens egenandelstak 2 holdes uendret på 2 560 kroner.

De foreslåtte justeringene av egenandelene og tak 1 anslås å gi en mindreutgift for folketrygden på om lag 167 mill. kroner.

Fritak egenandel voldtektsmottak

Det foreslås fritak for egenandeler ved undersøkelse ved voldtektsmottak.

Pålegg ved innsending av krav om direkte økonomisk oppgjør

Fra 1. januar 2010 må leger som fremsetter krav om direkte økonomisk oppgjør til Helfo gjøre dette elektronisk over linje. Pålegget vil bli gitt i forskrift fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet.

Automatisk frikortordning

Det foreslås å iverksette en nasjonal automatisk frikortsordning i løpet av 2010. Endringen foreslås å gjelde egenandeler som inngår i egenandelstak 1. Se omtale på kap. 2752, post 70.

Ordningen vil erstatte dagens manuelle rutiner ved de lokale NAV-kontorene og medføre en forenkling av Helsedirektoratets fremtidige forvaltning av egenandelsområdet. Samtidig vil ordningen være et viktig bidrag til fornying og utvikling av en mer brukervennlig offentlig sektor, ved at brukerne slipper å samle på kvitteringer for betalte egenandeler og selv fremsette krav om fritak når egenandelstaket er nådd. Moderniseringen av frikortsordningen vil være spesielt gunstig for brukere som ikke klarer å holde tilstrekkelig oversikt over betalte egenandeler og medfører dermed at flere får oppfylt rettigheter de også i dag har.

Etablering av en nasjonal automatisk frikortsordning innebærer en omlegging av dagens sys-

tem for utstedelse av frikort og refusjon av egenandeler. Ordningen forutsetter at helseforetak og personell som yter tjenester som inngår under egenandelstak 1, sender inn opplysninger om betalte egenandeler til Helfo.

Følgelig blir det viktig at behandlere og tjenesteytere sender inn opplysninger om betalte egenandeler hyppig og med nødvendig kvalitet.

Gjennom elektronisk innsending av data fra tjenesteyterne og automatisk utsendelse av frikort til frikortmottakerne, gir omleggingen av systemet for behandling av egenandeler grunnlag for en effektivisering av ressursbruk i forvaltningen.

Behandling i utlandet

Ny refusjonsordning for utgifter til helsehjelp i andre EØS-land

Det er ved lov 19. juni 2009 nr. 72 vedtatt lovendringer som innebærer at pasienter skal få rett til refusjon av utgifter til helsehjelp i andre EØS-land etter regler fastsatt av departementet, jf. Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) om Lov om endringer i folketrygdloven mv. (etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land). Hovedbestemmelsen om refusjonsordningen står i ny § 5-24a i folketrygdloven, og bestemmelser om dekning av utgifter er inntatt i kommunehelsetjenesteloven, tannhelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Refusjonsordningen skal i første rekke omfatte helsehjelp utenfor sykehus. Den nærmere avgrensningen vil bli fastsatt i forskrift. Retten til refusjon vil gjelde helsehjelp som pasienten ville fått dekket (helt eller delvis) i Norge, og i hovedsak på de samme vilkår. Refusjonsordningen skal administreres av Helsedirektoratet eller den direktoratet delegerer oppgaven til. Refusjonsutgiftene skal belastes det forvaltningsnivå som ville blitt belastet med utgiftene til tilsvarende helsehjelp i Norge. Refusjonsutgiftene vil således bli fordelt mellom folketrygden, kommunene, fylkeskommunene og de regionale helseforetakene. Det gis ikke aktivitetsbasert delfinansiering fra staten (bl.a. ISF-refusjon og stønad fra folketrygden) for helsehjelp som pasienter får refundert etter denne ordningen. Det forvaltningsnivå som har «sørge for»-ansvaret for den aktuelle tjenestetypen må derfor fullt ut dekke utgiftene innenfor basisbevilgningen, respektive de frie inntektene. Refusjonsordningen kan ikke tre i kraft før forskrift med nærmere regler er ferdigstilt, tidligst i løpet av 2010.

Det foreslås samtidig å avvikle det særskilte tilskuddet til fysioterapi i utlandet som i dag finansieres over bidragsordningen. Se kap. 2790, post 70.

Programkategori 30.10 Spesialisthelsetjenester mv.

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
2711	Spesialisthelsetjeneste mv.	2 833 528	3 135 100	3 212 000	2,5
	Sum kategori 30.10	2 833 528	3 135 100	3 212 000	2,5

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
70-89	Andre overføringer	2 833 528	3 135 100	3 212 000	2,5
	Sum kategori 30.10	2 833 528	3 135 100	3 212 000	2,5

Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
70	Spesialisthjelp	1 156 043	1 264 100	1 288 000
71	Psykologhjelp	167 763	182 000	172 000
72	Tannlegehjelp	1 159 776	1 320 000	1 380 000
76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	349 946	369 000	372 000
	Sum kap. 2711	2 833 528	3 135 100	3 212 000

Post 70 Refusjon spesialisthjelp

Folketrygden dekker utgifter til legehjelp hos privatpraktiserende legespesialister som har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak (avtalespesialister). Utgiftene dekkes etter forskrift gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i medhold av folketrygdloven § 5-4, jf. omtale under kap. 2755, post 70. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til legetjenester ved sykdom eller mistanke om sykdom, ved skade eller lyte og ved svangerskap og fødsel.

De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste. Tjenestene til avtalespesialistene finansieres ved driftstilskudd fra de regionale helseforetakene, stykkprisrefusjoner fra folketrygden og egenandeler fra pasientene. Pasienten skal som hovedregel betale egenandel. Denne utgjør differansen mellom legens honorar og trygdens refusjonsbeløp. I visse tilfeller skal det ikke betales egenandel. Dette gjelder bl.a.:

- ved kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel
- ved skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade

- ved behandling av barn under 12 år og ved psykoterapeutisk behandling av barn og ungdom under 18 år
- ved undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer

Det er et vilkår for refusjon fra trygden at legespesialisten har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak. Enkelte unntak fra dette framgår av forskrift til folketrygdloven § 5-4.

Det er begrensninger i retten til stønad for personer som kommer til legespesialist uten å ha henvisning fra annen lege. Pasienten kan i slike tilfeller avkreves en forhøyet egenandel, og legens bruk av takster er innskrenket.

Det er til vurdering i departementet om psykologer og tannleger skal gis henvisningsadgang til spesialister.

Det vises til omtale av avtalespesialister under nasjonal helseplan (2007-2010) i Del III.

Resultatrapport

Fra 2009 har optikere anledning til å henvise til øyelege. Pasientene behøver dermed ikke gå via lege for å bli henvist til øyelege. Pasientene vil få dekket utgifter til undersøkelse og behandling hos øyelege på samme måte som ved henvisning fra lege.

Egenandelene ble oppjustert 5 pst. fra 1. juli 2009. Refusjonstakstene ble redusert tilsvarende.

Tabell 5.22 Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende spesialister 2007 og 2008 (mill. kroner)

	Regnskap 2007	Regnskap 2008	Endring i pst.
Spesialister med avtale	1037,3	1142,4	10,1
Spesialister uten avtale	13,5	13,6	0,7
Sum kap. 2711 post 70	1050,8	1156,0	10,0

De regnskapsførte utgiftene på post 70 økte nominelt fra 1 051 mill. kroner i 2007 til 1 156 mill. kroner i 2008.

Utgiftsvekst kan skyldes flere faktorer. For det første påvirkes utgiftene av endringer i refusjoner og egenandeler. For det andre påvirkes utgiftene av at aktiviteten endres, for eksempel gjennom flere konsultasjoner. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruken endres, som for eksempel ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre typer konsultasjoner enn tidligere. Begrepet volumvekst er brukt for utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjoner og egenandeler.

Utgiftsveksten i 2008 skyldes en antatt volumvekst på om lag 5 pst., samt økte refusjoner til privatpraktiserende spesialister som følge av de årlige takstforhandlingene om normaltariffen for leger. Den anslåtte utgiftsveksten i 2009 legger til grunn en volumvekst på om lag 4 pst. Takstoppgjøret våren 2009 var et nulloppgjør bl.a. pga. det høye overhenget fra oppgjøret i 2008. Basert på veksten tidligere år, anslås det for 2010 en volumvekst på 4 pst. for privatpraktiserende spesialister med driftsavtale.

Tabell 5.23 Utgifter og aktivitetsvekst privatpraktiserende spesialister 2007-2010 (mill. kroner)

	Regnskap 2007	Regnskap 2008	Budsjett 2009	Budsjett 2010
Sum kap. 2711 post 70	1050,8	1156,0	1264,1	1285,0
Volumvekst (anslag)	2 pst.	5 pst.	4 pst.	4 pst.

Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2009 er innarbeidet. Det vises til områdeomtalen for nærmere beskrivelse av resultatet av forhandlingene.

Forslag 2010

Egenandelene foreslås økt med 4 pst. fra 1. juli 2010. Dette anslås å gi en mindreutgift på om lag 12 mill. kroner.

Det foreslås å heve aldersgrensen for barn og unge for fritak for egenandeler fra 12 til 16 år. Forslaget gjelder alle tjenester som kommer inn under egenandelstak 1. Ny aldersgrense på 16 år iverk-

settes fra 1. januar 2010. Dette anslås å gi en merutgift på denne posten på om lag 15 mill. kroner.

Post 71 Refusjon psykologhjelp

Utgifter til psykologhjelp hos privatpraktiserende spesialist i klinisk psykologi dekkes etter forskrift gitt med hjemmel i folketrygdloven § 5-7. Med visse unntak er det et vilkår for refusjon at psykologen har driftsavtale med regionalt helseforetak (avtalespesialister). Det er også et vilkår at pasienten er henvist fra lege eller fra leder ved barnevernsadministrasjon. Dette gjelder likevel ikke for inntil tre utredende undersøkelser eller samtaler.

Stønaden ytes etter fastsatte takster. Dette innebærer vanligvis at pasienten må betale en egenandel. Ved behandling av barn og ungdom under 18 år, ved hiv-infeksjon og ved visse former for krisepsykologisk behandling er pasienten fritatt for å betale egenandel.

Det vises til omtale av avtalespesialister under nasjonal helseplan (2007-2010) i Del III.

Resultatrapport

Egenandelene ble oppjustert 5 pst. fra 1. juli 2009. Refusjonstakstene ble redusert tilsvarende.

Tabell 5.24 Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende psykologer 2007 og 2008 (mill. kroner)

	2007	2008	Endring i pst.
Psykologer med avtale	150,8	154,8	2,7
Psykologer uten avtale	7,1	11,7	64,8
Avsetning til fond	1,3	1,3	0,0
Sum kap. 2711, post 71	159,2	167,8	5,4

De regnskapsførte utgiftene over post 71 økte nominelt fra 159 mill. kroner i 2007 til 168 mill. kroner i 2008. Utgiftsveksten i 2008 skyldes en antatt volumvekst på om lag 2 pst., samt økte refusjoner til privatpraktiserende psykologer som følge av de årlige takstforhandlingene.

Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2009 er innarbeidet. Det vises til kategoriomtalen for nærmere beskrivelse av resultatet av forhandlingene.

Forslag 2010

Egenandelene foreslås økt med 4 pst. fra 1. juli 2010. Dette anslås å gi en mindreutgift på om lag 3 mill. kroner.

Post 72 Refusjon tannlegehjelp

Utgifter til tannlegehjelp dekkes etter forskrift gitt i medhold av folketrygdloven § 5-6.

Folketrygden yter stønad til undersøkelse og behandling som utføres av tannlege ved angitte diagnoser. Dette gjelder blant annet sjeldne medisinske tilstander, sykdommer og anomalier i munn og kjeve, periodontitt, rehabilitering av tannsett i de tilfeller tenner er tapt som følge av periodontitt, bittanomalier og tannutviklingsforstyrrelser. Stønadsordningen omfatter også allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmaterialer, tannskade ved ulykke og ved manglende evne til egenomsorg ved varig sykdom eller ved varig nedsatt funksjonsevne. Egenandeler ved enkelte stønadsberettigede behandlinger inngår i egenandelstak 2, jf. kap. 2752, post 71.

Folketrygden gir refusjon etter departementets honorartakster ved behandling hos tannlege for yrkesskade som går inn under folketrygdloven kap. 13.

Resultatrapport

Ordningen med bidrag til tannbehandling for visse sykdommer eller pasientgrupper etter folketrygdloven § 5–22 ble opphevet fra 1. januar 2008. Bidragsordningen ble innlemmet i stønadsordningen etter § 5-6. I den forbindelse ble 120 mill. kroner overført fra kap. 2790, post 70 Bidrag lokalt til kap. 2711, post 72. Samtidig ble det innført betydelige forenklinger i systemet for refusjon av tannlegeutgifter. Kravet til forhåndsgodkjenning ble opphevet, og regelverk og honorartakstsystem ble forenklet.

Tabell 5.25 Regnskapsførte utgifter refusjon tannlegehjelp 2007 og 2008 (tall i 1000 kroner)

	2007	2008	Endring i pst.
Tannlegehjelp	854 497	1 159 776	35,7

Økningen i utbetalingene fra 2007 til 2008 (305,3 mill. kroner) skyldes flere forhold ut over prisjusteringer av refusjonstakstene. Det ene er knyttet overføringen av bidragsordningen (kap. 2790, post 70) til kap. 2711, post 72. Utbetaling til stønadsordningen som til og med 2007 hørte inn under bidragsordningen utgjorde i 2008 om lag 155 mill. kroner. Dette er en økning på 35 mill. kroner i tillegg til midlene som ble overført ved omleggingen (120 mill. kroner). Opphevelse av forhåndsgodkjenning og forenklinger av regelverk og honorartakstsystem har også ført til at flere pasienter/tannleger har tatt i bruk de stønadsordninger som tidligere har ligget under bidragsordningen. Det har også vært en betydelig økning i utbetaling til stønad til rehabilitering som følge av periodontitt (om lag 55 mill. kroner) og til tannlegehjelp ved sjeldne medisinske tilstander (om lag 8 mill. kroner), kreft i munnhule og infeksjonsbehandling før organtransplantasjoner/hjerteoperasjoner (om lag 10 mill. kroner).

Tannlegene er oppfordret til å etablere direkteoppgjør med Helfo. Per 1. september 2009 hadde om lag 3 400 tannleger etablert direkteoppgjør. Dette innebærer at pasientene slipper først å måtte betale alle kostnadene ved behandling for deretter å henvende seg til NAV for å få utbetalt refusjon. Ved direkteoppgjør betaler pasienten offentlig egenandel og tannlegens mellomlegg (tannlegene har fri prissetting), mens tannlegen får refusjonen utbetalt direkte fra Helfo basert på samleregninger. Opphevelse av forhåndsgodkjenning i kombinasjon med direkteoppgjør innebærer også at behandlingen kommer raskere i gang og utbetalingen av refusjon blir foretatt raskere enn før.

For å begrense utgiftsøkningen, ble det fra 1. januar 2009 gjort endringer i honorartakster og stønadsordningen ved behandling av periodontitt og ved rehabilitering ved tanntap som følge av marginal periodontitt. Endringene ble i den sammenheng innrettet slik at stønadsordningene og takstene bedre kom de med størst behov for behandling til gode. Honorartakstene ble også endret slik at de på bedre måte kom i samsvar med det som av fagmiljøer anses som forsvarlig behandling. Videre ble det gjort en rekke endringer som følge av utilsiktede og/eller uheldige virkninger av forenklingene per 1. januar 2008. De fleste honorartakster ble justert med fra 2,0 til 4,0 pst. For enkelte behandlinger ble refusjonsbeløpene redusert med omlag 6 pst.

Regnskapstallene for utbetalinger av stønad til og med 1. halvår 2009 viser at justeringene fra 1. januar 2009 har hatt den tilsiktede effekt.

Forslag 2010

Honorartakstene for tannbehandling vil bli justert med 3,2 pst. fra 1. januar 2010, med i hovedsak lik prosentfordeling på refusjoner og egenandeler. Ut over dette vil det være aktuelt å foreta mindre justeringer basert på erfaringene med omleggingen av og forenklingene av honorartakstsystemet og refusjonsordningene som er gjennomført de siste par år. De aktuelle endringer vil bli foretatt innenfor en samlet takstjustering på 3,2 pst..

Post 76 Private laboratorier og røntgeninstitutt

Private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt inngår i det samlede tilbudet av spesialisthelsetjenester som et supplement og korrektiv til det statlige tilbudet. Utgiftene dekkes etter forskrift gitt av departementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-5. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til undersøkelse og behandling ved privat laboratorium eller røntgeninstitutt. Hovedvilkåret for refusjon er nødvendig undersøkelse eller behandling på grunn av sykdom eller mistanke om sykdom. Stønad til laboratorier og røntgeninstitutt ytes etter fastsatt regelverk.

Det er en målsetting at takst- og refusjonssystemet skal bidra til en mest mulig effektiv utnyttelse av de samlede ressursene i helsesektoren. Etter folketrygdloven § 5-5 ytes stønad til dekning av utgifter til prøver, undersøkelser og behandling som er omfattet av avtale mellom laboratorie- og røntgenvirksomhet og regionalt helseforetak. Det kan likevel kreves trygderefusjon utover de eventuelle volumbegrensninger som er nedfelt i avtalene. Det er et vilkår for refusjon at laboratorieundersøkelser er rekvirert av lege, tannlege eller jordmor. Undersøkelser ved røntgeninstitutt må være rekvirert av lege, tannlege, kiropraktor eller manuellterapeut.

Resultatrapport

Egenandelene ble oppjustert 5 pst. fra 1. juli 2009. Refusjonstakstene ble redusert tilsvarende.

Tabell 5.26 Regnskapsførte utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt 2005-2008 (mill. kroner)

Spesialitet/år	2005	2006	2007	2008
Laboratorium	281	182	191	177
Røntgen	417	260	308	173
Total	698	442	499	350

De regnskapsførte utgiftene på post 76 er redusert de senere årene. Dette følger særlig av at det i 2005 og 2008 er flyttet midler fra refusjonssatsene til regionale helseforetaks basisbevilgninger. Disse flyttingene har vært begrunnet med at de regionale helseforetakene skal få økt ansvar og bedre mulighet til å planlegge og prioritere det samlede tilbudet om laboratorie- og radiologitjenester innen egen helseregion, samt at den aktivitetsbaserte delen av finansieringen (refusjon og egenandel) i gjennomsnitt skal utgjøre 40 pst. av kostnadene.

Basert på regnskapstall i perioden januar til juni kan samlete utbetalinger i 2009 anslås til 355 mill. kroner. Dette er om lag 14 mill. kroner under saldert budsjett. Anslaget legger til grunn en aktivitetsvekst på 12 pst. for laboratorievirksomhet og en aktivitetsreduksjon på 8 pst. for radiologisk virksomhet.

Forslag 2010

Egenandelene foreslås økt med 4 pst. fra 1. juli 2010. Dette anslås å gi en mindreutgift på om lag 3 mill. kroner på denne posten.

Det foreslås å heve aldersgrensen for barn og unge for fritak for egenandeler fra 12 til 16 år. Forslaget gjelder alle tjenester som kommer inn under egenandelstak 1. Ny aldersgrense på 16 år iverksettes fra 1.januar 2010.

Programkategori 30.50 Legehjelp, legemidler mv.

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
2751	Legemidler mv.	8 491 170	8 951 600	9 319 500	4,1
2752	Refusjon av egenbetaling	3 506 999	3 959 500	4 001 400	1,1
2755	Helsetjeneste i kommunene mv.	4 795 762	5 266 500	5 303 200	0,7
	Sum kategori 30.50	16 793 931	18 177 600	18 624 100	2,5

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	209 454	220 000	230 000	4,5
70-89	Andre overføringer	16 584 477	17 957 600	18 394 100	2,4
	Sum kategori 30.50	16 793 931	18 177 600	18 624 100	2,5

Kap. 2751 Legemidler mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
70	Legemidler	7 282 079	7 655 600	7 913 500
71	Legeerklæringer		11 000	11 000
72	Sykepleieartikler	1 209 091	1 285 000	1 395 000
	Sum kap. 2751	8 491 170	8 951 600	9 319 500

Kapitlet omfatter blåreseptordningen, som omfatter både post 70 Legemidler og post 72 Sykepleieartikler. I tillegg omfatter kapitlet post 71 Legeerklæringer.

Post 70 Legemidler

Se omtale på programkategori 10.50 om mål for legemiddelområdet.

Offentlige utgifter til legemidler utenfor institusjon dekkes hovedsaklig etter folketrygdloven § 5-14 med tilhørende forskrift (blåreseptforskriften). Regelverket skal sikre refusjon av utgifter for pasienter med alvorlig og kronisk sykdom eller med høy risiko for sykdom, hvor det er, eller kan bli, nødvendig med langvarig medikamentell behandling.

En rekke legemidler er forhåndsgodkjent for forskrivning på blå resept. Disse framgår av blåreseptforskriften §§ 2 og 4, jf. legemiddelforskriften § 14-4. Refusjonskravet for legemidlene inntrer straks legen skriver en blå resept. For andre lege-

midler må Helsetjenesteforvaltningen (Helfo) først ta stilling til refusjon gjennom en søknad fra pasientens lege før pasienten har rett til å få dekket legemiddelutgiftene over blåreseptordningen. For reseptpliktige legemidler som ikke omfattes av blåreseptordningen, kan det med visse unntak søkes utgiftsdekning gjennom folketrygdloven § 5-22 (bidragsordningen), jf. kap. 2790, post 70.

Statens legemiddelverk fatter vedtak i saker hvor legemiddelindustrien har søkt om å få et legemiddel godkjent for forhåndsgodkjent refusjon. Departementet er klageinstans. En særskilt nemnd, Blåreseptnemnda, bistår Legemiddelverket med å kvalitetssikre det faglige beslutningsgrunnlaget som legges til grunn i avgjørelsen av om et legemiddel skal godkjennes for refusjon etter § 2 i viktige saker.

Egenandel

Pasienten betaler en egenandel på 36 pst., men maksimalt 520 kroner per ekspedisjon for legemidler på blå resept i 2009.

Legemidler på blå resept omfattes av frikortordningen (egenandelstak 1), som er nærmere omtalt i kap. 2752, post 70. Egenandelstak 1 innebærer at pasientens årlige utgifter knyttet til legehjelp, psykologhjelp, legemidler og sykepleieartikler på blå resept samt pasientreiser samlet ikke skal overstige 1 780 kroner i 2009. Ytterligere utgifter dekkes fullt ut av folketrygden.

Barn under 12 år og minstepensjonister betaler ikke egenandel. Egenandel betales heller ikke for legemidler som brukes ved yrkesskade eller krigsskade, eller som er unntatt egenandelsbetaling i henhold til blåreseptforskriften § 8.

Utgiftsutvikling til legemidler over blåreseptordningen

Statens utgifter til legemidler på blå resept var 7,3 mrd. kroner i 2008. Fra 2007 til 2008 sank utgiftene med 1,1 pst., mot en gjennomsnittlig økning på 6,7 pst. per år i perioden 2001–2005. En rekke tiltak har vært gjennomført de siste årene for å dempe utgiftsveksten. Det vises til nærmere omtale i innledningen på programområde 30.

Kontroll av legenes etterlevelse av blåreseptforskriften

Helseøkonomiforvaltningen (Helfo), Helsedirektoratets ytre etat, foretar kontroller av legenes forskrivning på blå resept. I 2008 ble det kontrollert 2 895 forskrivninger fra 2 556 leger. Kontrollene viser fortsatt at etterlevelsen bør bedres. Gjennom ny blåreseptforskrift, innføring av elektronisk refusjonsliste og bedret informasjon har refusjonsvilkårene blitt lettere tilgjengelig for legene. Forventningen er at dette på sikt vil føre til en lavere andel regelverksbrudd.

Revurdering av refusjonsstatus

Ordningen med foretrukket legemiddel innebærer at myndighetene, ut fra kunnskap om ulike legemidlers effekt, bivirkninger og kostnader, angir hvilket legemiddel som først skal prøves, jf. St.meld. nr. 18 (2004–2005). Det er et vilkår for refusjon at legen forskriver det foretrukne legemidlet, men legen kan gjøre unntak av medisinske årsaker innenfor ordningen. Ordningen med foretrukket legemiddel er innført for behandling av ukomplisert hypertensjon (høyt blodtrykk), høyt kolesterol, spiserørsbetennelse og migrene.

Statens legemiddelverk sendte 1. juli 2009 på høring et forslag til nye refusjonsvilkår for legemidler til behandling av høyt blodtrykk. Forslaget er i hovedsak basert på Helsedirektoratets nye nasjonale retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer. De nye refusjonsvilkårene innebærer at det innføres foretrukne legemidler som skal forsøkes først ved oppstart eller endring av medikamentell behandling. Ordningen forventes implementert vinteren 2010, og er anslått å gi en innsparing på om lag 15 mill. kroner i 2010.

Legemiddelverket har i 2009 vurdert endringer i refusjonsvilkårene for legemidler til bruk mot schizofreni og andre psykiske lidelser (antipsykotika). Basert på rapport fra Kunnskapssenteret, statistikk over legemiddelforbruk og innspill fra fagmiljøet, har Legemiddelverket konkludert med at det for tiden ikke bør foretas endringer i dagens refusjonsvilkår. Legemiddelverket vil følge utviklingen i legemiddelomsetning og forbruksmønster.

Legemiddelverket har vurdert refusjonsvilkår for legemiddelgruppen glitazoner som benyttes til behandling av diabetes type 2. Revurderingen resulterte i en mindre innstramming av refusjonsvilkårene. Endringene er gjort for å sikre kostnadseffektiv forskrivning av legemidler til den aktuelle pasientpopulasjonen. Refusjonskontraktene for glitazoner ble sagt opp av Statens legemiddelverk med virkning fra 1. august 2009.

Basert på data fra blant annet Reseptregisteret har Legemiddelverket konkludert med at forbruksmønsteret for legemidler til behandling av astma er som forventet i forhold til internasjonale retningslinjer. Legemidlene som har forhåndsgodkjent refusjon for astma, anses å være kostnadseffektive. Dette understøttes av en gjennomgang

utført av svenske refusjonsmyndigheter i 2007. Legemiddelverket har derfor besluttet at det ikke skal gjennomføres ytterligere endringer på området. Legemiddelverket har videre besluttet at det ikke skal foretas en videre gjennomgang av Kolslegemidler, ettersom det i løpet av de to siste årene har vært gjort vurderinger av de mest omsatte legemidlene i gruppen i forbindelse med refusjonssøknader. Legemiddelverket vil likevel fortløpende vurdere salgsutvikling og forbruksmønster, samt overvåke markedsføringen av legemidlene og etterlevelsen av refusjonsvilkårene.

To av de dyreste antihistaminene til behandling av allergi ble fjernet fra forhåndsgodkjent refusjon fra 1. august 2008, jf. St.prp. nr. 1 (2008–2009). Bakgrunnen var at ordningen med foretrukket legemiddel viste seg ikke å bli etterlevd på en tilfredsstillende måte. Tiltaket innebærer at det nå kun gis refusjon etter individuell søknad for legemidler med virkestoffene desloratadin og ebastin, og bare hvis legemidler med forhåndsgodkjent refusjon er forsøkt uten tilstrekkelig effekt eller med uakseptable bivirkninger.

Avgjørelsen om å unnta disse to legemidlene fra ordningen med forhåndsgodkjent refusjon ble fattet på bakgrunn av en helhetsvurdering, der fordelen ved å frigjøre midler for folketrygden ble vurdert til å overstige ulempene blant annet i form av kostnader ved søknad og behandling av saker om individuell refusjon. Det vil gjennomføres en gjennomgang av både omkostninger og innsparinger av vedtaket i løpet av vinteren 2009-2010.

Legemiddelverkets revurderinger av refusjonsstatus for legemiddelgrupper har resultert i innføring av foretrukket legemiddel for flere av disse gruppene, enkelte legemidler er fjernet fra ordningen med forhåndsgodkjent refusjon, og noen mindre endringer i refusjonsvilkår er innført. Etter Legemiddelverkets vurdering er det for tiden ingen relevante store legemiddelgrupper hvor refusjonsstatus bør gjennomgås. Det vil likevel være aktuelt å gjøre justeringer for enkeltlegemidler dersom det tilkommer ny dokumentasjon på effekt, sikkerhet og pris mv.

Sosiale ulikheter i tilgangen på legemidler på blå resept

Nasjonalt folkehelseinstitutt har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet foretatt en kartlegging og vurdering av eventuelle ulikheter i tilgangen til legemidler på blå resept i ulike sosiale grupper (lønn og utdanning). Dette ble gjort som en oppfølging av Stortingets merknad til meldingen om sosiale ulikheter. Hovedkonklusjonen i rapporten er at det ikke er grunnlag for å hevde at blåreseptordningen skaper ulikhet i tilgang til legemidler avhengig av pasientenes sosiale og økonomiske status, jf. egen omtale om sosial ulikhet under kap. 7 i del III.

Forslag 2010

Følgende forslag fremmes for 2010

- to diabeteslegemidler foreslås tatt inn på forhåndsgodkjent refusjon
- nye refusjonsvilkår for blodtrykksmedisiner
- aldersgrense for barn og unge heves fra 12 til 16 år
- økning egenandeler

Diabeteslegemidler – forslag om forhåndsgodkjent refusjon fra 2010

Statens legemiddelverk har vurdert at legemidlene insulin detemir og insulin glargin oppfyller kriteriene for forhåndsgodkjent refusjon til behandling av type 1-diabetes. Det foreslås å innvilge forhåndsgodkjent refusjon for disse to legemidlene til pasienter som ikke oppnår god nok behandling med middels langtidsvirkende insulin (NPH-insulin), og som enten har hyppige insulinfølinger om natten eller opplever store svingninger i blodsukkeret. Behandlingen skal videre være instituert av spesialist i indremedisin, barnesykdommer eller ved sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet. Kostnaden for 2010 er anslått til 5 mill. kroner.

Nye refusjonsvilkår for blodtrykksmedisiner

Forslag til nye refusjonsvilkår for legemidler til behandling av høyt blodtrykk anslås å gi en innsparing på om lag 15 mill. kroner i 2010, jf. omtale under avsnitt om revurdering av refusjonsstatus.

Aldersgrense for barn og unge heves fra 12 til 16 år

Det foreslås å heve aldersgrensen for barn og unge for fritak for egenandeler fra 12 til 16 år. Forslaget gjelder alle tjenester som kommer inn under egenandelstak 1. Ny aldersgrense på 16 år iverksettes fra 1. januar 2010. Forslaget innebærer merutgifter på blå resepter, inkludert sykepleierartikler, på om lag 55 mill. kroner.

Økning egenandeler

Det foreslås å øke den prosentvise egenandelen på legemidler og sykepleieartikler på blå resept fra 36 pst. i 2009 til 38 pst. fra 1. januar 2010. Det foreslås samtidig at maksimal egenandel per blå resept

ikke økes, men holdes uendret på 520 kroner. For brukerne innebærer forslaget at de maksimalt vil få en utgiftsøkning på 27 kroner per resept. Storbrukere av legemidler på blå resept vil fortsatt være skjermet av at den maksimale egenandelen holdes uendret, og at årlige utgifter over egenandelstak 1 dekkes fullt ut av det offentlige. Forslaget anslås å innebære en mindreutgift på posten på om lag 85 mill. kroner i 2010.

Post 71 Legeerklæringer

Ordningen er hjemlet i folketrygdloven § 5-4. Bevilgningen omfatter midler til honorering til leger ved utfylling av søknad om individuell refusjon av legemidler på blå resept. I tillegg omfatter bevilgningen honorering til leger for legeerklæringer i forbindelse med krav om å få sendt uførepensjon til et annet land. Legeerklæringstakstene fastsettes ensidig av staten, og er ikke gjenstand for forhandlinger. Posten ble opprettet i forbindelse med at helserefusjonsområdet fra 1. januar 2009 ble flyttet fra Arbeids- og velferdsetaten til Helsedirektoratet.

Post 72 Sykepleieartikler

Bevilgningen omfatter utgifter til spesielt medisinsk utstyr og forbruksmateriell som dekkes med hjemmel i folketrygdloven § 5-14. Det kan ytes stønad til medisinsk forbruksmateriell ved en rekke ulike sykdommer, jf. blåreseptforskriften § 5. De dominerende pasientgruppene er diabetikere, stomipasienter (framlagt tarm) og pasienter med urininkontinens (urinlekkasje). Medisinsk forbruksmateriell 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. Medisinsk forbruksmateriell blir levert av apotek og bandasjister. Prisene fastsettes i stor grad gjennom prisforhandlinger.

Utgiftene til sykepleieartikler var 1 209 mill. kroner i 2008, mot 1 161 mill. kroner i 2007, en økning på 4 pst.

Forslag 2010

Det foreslås å utvide blåreseptordningen til også å omfatte medisinsk forbruksmateriell til måling av glukose/sukker i blod og urin for personer som er avhengige av intravenøs ernæring. Kostnaden for 2010 er anslått til om lag 1,5 mill. kroner.

Det foreslås å heve aldersgrensen for barn og unge for fritak for egenandeler fra 12 til 16 år. Forslaget gjelder alle tjenester som kommer inn under egenandelstak 1. Ny aldersgrense på 16 år iverksettes fra 1. januar 2010.

Videre foreslås det å øke den prosentvise egenandelen på sykepleieartikler på blå resept fra 36 pst. i 2009 til 38 pst. i 2010. Maksimal egenandel per resept holdes uendret på 520 kroner.

Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
70	Egenandelstak 1	3 339 199	3 762 500	3 818 400
71	Egenandelstak 2	167 800	197 000	183 000
	Sum kap. 2752	3 506 999	3 959 500	4 001 400

Post 70 Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1

Ordningen med et årlig utgiftstak for egenandeler, egenandelstak 1, gjelder utgifter til legehjelp (inkludert laboratorieprøver og røntgen), psykologhjelp, viktige legemidler og sykepleieartikler samt pasienttransport. Når utgiftstaket er nådd, mottar brukeren et frikort som innebærer at folketrygden gir full dekning av disse utgiftene resten av kalenderåret. Betalte egenandeler for barn mellom 12 og 16 år inngår sammen med egenandeler for en forelder i grunnlaget for frikort. Når taket nås, mottar barna og forelderen hvert sitt frikort.

For 2009 er utgiftstaket 1 780 kroner.

Resultatrapportering 2008 og 2009

I 2008 nådde 879 000 personer egenandelstak 1, herav 437 000 alders- og uførepensjonister. Antall personer som når taket påvirkes av nivået på egenandelene for de tjenester som inngår i egenandelstak 1 og av selve taket. Egenandelene og taket fastsettes årlig ved Stortingets behandling av Prop. 1 S.

De fleste refusjonene som går inn under egenandelstak 1 sendes inn elektronisk over linje. Egenandelsrefusjoner for lege- og psykologhjelp er unntakene. Av legene sender om lag 19 pst. elektronisk over linje, om lag 5 pst. manuelt på papir og om lag 76 pst. på diskett. I dag sender om lag 30 pst. av psykologene oppgjør via diskett. De resterende sender inn oppgjøret manuelt på papir. Det forventes økt andel leger og psykologer som vil sende opplysningene elektronisk i løpet av 2009.

Utviklingstrekk

Tabell 5.27 Utgifter dekket over egenandelstak 1 2007 og 2008

(i mill. kr)

	2007	2008	Endring, pst. 2007-2008
Legehjelp	1 586,7	1 644,7	3,7
Psykologhjelp	90,5	98,6	9,0
Legemidler og sykepleieartikler	1 065,6	1 079,4	1,3
Pasienttransport	526,6	514,5	-2,3
I alt	3 269,5	3 339,2	2,1

Utgiftene til refusjon av egenandeler økte fra 3 270 mill. kroner i 2007 til 3 339 mill. kroner i 2008, eller med 2,1 pst. Av frikortbrukerne i 2008 var 47 pst. alders- og uførepensjonister. Om lag halvparten av frikortbrukerne er eldre enn 60 år.

Egenandelstak 1 ble hevet fra 1 740 kroner for 2008 til 1 780 kroner i 2009. Ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 67 (2008–2009) ble bevilgningen satt ned med 230 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett, som følge av lavere utgiftsvekst enn forutsatt.

Forslag 2010

For 2010 foreslås det følgende endringer:
- Automatisk frikort foreslås innført i 2010
- Egenandelstak 1 foreslås hevet til 1 840 kroner
- Aldersgrensen for barn og unge for fritak for egenandeler foreslås hevet fra 12 til 16 år. Forslaget gjelder alle tjenester som kommer inn under egenandelstak 1, unntatt psykologhjelp, der aldersgrensen er 18 år.

Automatisk frikort

Det foreslås å iverksette en nasjonal automatisk frikortsordning i 2010. Dette vil erstatte dagens manuelle rutiner ved de lokale NAV-kontorene og medfører dermed en forenkling av Helsedirektoratets fremtidige forvaltning av egenandelsområdet. Samtidig vil ordningen være et viktig bidrag til fornying og utvikling av en mer brukervennlig offentlig sektor, ved at brukerne slipper å samle på kvitteringer for betalte egenandeler og selv fremsette krav om frikort når egenandelstaket er nådd. Moderniseringen av frikortordningen vil være spesielt gunstig for brukere som ikke klarer å holde tilstrekkelig oversikt over betalte egenandeler og medfører dermed at flere får oppfylt rettigheter de også i dag har.

For staten er det anslått at utbetalingene knyttet til refusjon av egenbetaling for egenandelstak 1 ordningen vil medføre om lag 200 mill. kroner i merutgifter i 2010. Utgiftsøkningen vil skje som følge av at brukere i den nye ordningen automatisk vil få oppfylt sine egenandelsrettigheter. Det anslås å være en rekke pasienter som av ulike årsaker ikke oppsøker sitt NAV-kontor for å få refundert sine utgifter og utlevert frikort. Staten vil i en automatisert ordning få bedre kontroll både på utbetaling av refusjoner til tjenesteyterne og til brukere.

Det foreslås å øke bevilgningen til kap. 2752, post 70, Egenandelstak 1 med 200 mill. kroner.

Egenandelstak 1 økes

Egenandelstak 1 foreslås hevet med 60 kroner, fra 1 780 kroner i 2009 til 1 840 kroner fra 1. januar 2010. Forslaget innebærer en mindreutgift på om lag 45 mill. kroner.

Aldersgrense for barn og unge heves fra 12 til 16 år

Det foreslås å heve aldersgrensen for barn og unge for fritak for egenandeler fra 12 til 16 år. Forslaget gjelder alle tjenester som kommer inn under egenandelstak 1, unntatt psykologhjelp, der aldersgrensen er 18 år. Ny aldersgrense på 16 år iverksettes fra 1. januar 2010. Forslaget anslås til å gi en mindreutgift på egenandelstak 1 på om lag 98 mill. kroner.

Post 71 Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2

Ordningen med et eget utgiftstak, egenandelstak 2, for visse tjenester som ikke inngår under egenandelstak 1, ble innført 1. januar 2003. Egenandelstak 2 omfatter egenandeler for følgende tjenester:

- fysioterapi
- enkelte former for refusjonsberettiget tannbehandling
- opphold ved opptreningsinstitusjoner og private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionale helseforetak
- behandlingsreiser til utlandet (klimareiser)

Personer som i løpet av året har betalt egenandeler for de aktuelle tjenestene opp til utgiftstaket, får utstedt frikort som gir rett til refusjon etter honorartakster av utgifter til disse tjenestene resten av kalenderåret.

Resultatrapportering 2008 og 2009

Folketrygdeutgiftene i 2008 var 168 mill. kroner, mot 152 mill. kroner i 2007. I 2008 ble det utstedt 50 000 frikort, en økning på 2 300 frikort fra 2007 til 2008. I 2008 var 32,1 pst. av frikortmottakerne alders- og uførepensjonister. Statistikk fra folketrygdens naturalregister viser at om lag 59 pst. av dem som oppnådde frikort i tak 2-ordningen også oppnådde frikort under tak 1 i 2008. Dette omfattet om lag 29 000 personer. Egenandelstak 2 er 2 560 kroner i 2009.

Det foreslås at egenandelstak 2 holdes uendret på 2 560 kroner i 2010.

Kap. 2755 Helsetjeneste i kommunene mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
62	Fastlønnsordning fysioterapeuter, *kan nyttes under post 71*	209 454	220 000	230 000
70	Allmennlegehjelp	2 801 772	3 083 500	3 116 900
71	Fysioterapi, *kan nyttes under post 62*	1 589 838	1 768 000	1 727 300
72	Jordmorhjelp	38 980	39 000	43 000
73	Kiropraktorbehandling	84 310	80 000	105 000
75	Logopedisk og ortoptisk behandling	71 408	76 000	81 000
	Sum kap. 2755	4 795 762	5 266 500	5 303 200

Kommunene skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-1. Kommunene skal bl.a. sørge for allmennlegetjeneste, herunder fastlegeordning og legevaktordning, fysioterapitjeneste og jordmorhjelp. Folketrygden yter stønad til disse tjenestene etter ulike takstsystem.

Post 62 Tilskudd til fastlønnsordning fysioterapeuter

Departementet yter særskilt tilskudd til kommuner som ansetter fysioterapeuter (fastlønte fysioterapeuter). Bevilgningen kan nyttes under post 71, og må sees i sammenheng med denne, jf. omtale under post 71. Disse fysioterapeutene har ikke rett til trygderefusjon fra staten og fastlønnstilskudd gis i stedet for stykkprisrefusjoner. Tilskuddet ytes etter forskrift fastsatt med hjemmel i folketrygdloven § 5-21.

Fastlønnstilskuddet til kommuner med fysioterapeutstillinger var 151 500 kroner per 100 pst. stilling i 2008. Utgiftene til fastlønnstilskudd for fysioterapeuter var 209,5 mill. kroner i 2008, mot 194,5 mill. kroner i 2007.

Som følge av takstoppgjøret for fysioterapeuter våren 2009, ble fastlønnstilskuddet økt til 157 500 kroner. For nærmere omtale, se innledende omtale på kap. 762 Primærhelsetjeneste.

Post 70 Refusjon allmennlegehjelp

Etter forskrift fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-4 ytes godtgjørelse for undersøkelse og behandling hos

lege. Det er et vilkår for refusjon fra folketrygden at allmennlegen har fastlegeavtale med kommunen eller deltar i kommunalt organisert legevakt. For fastleger i ansettelsesforhold (kommunal arbeidstaker) mottar kommunen refusjonene. Formålet med stønaden fra folketrygden er å gi hel eller delvis kompensasjon for utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade eller lyte, svangerskap og fødsel. Det vises også til omtale på kategoriområde 10.60 og kap. 762 Primærhelsetjeneste.

Fastlegenes virksomhet finansieres ved basistilskudd fra kommunen per innbygger på legens liste, refusjoner fra trygden og egenandeler fra pasientene. Basistilskuddet finansieres over kommunenes frie inntekter. Legevakttjenesten finansieres ved beredskapsgodtgjøring fra kommunen, trygderefusjoner og egenandeler.

Refusjonstariffen følger det samme systemet som normaltariffen for leger, som fastsettes i forhandlinger mellom staten, de regionale helseforetakene, KS og Den norske legeforening.

I visse tilfeller skal det ikke betales egenandel ved behandling. Dette gjelder bl.a.:

- ved kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel
- ved skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade
- ved behandling av barn under 12 år
- ved undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer

Bevilgningen omfatter også tilskudd til legers fellesformål (fondsavsetninger).

Tabell 5.28 Utgifter til allmennlegehjelp 2007 og 2008 (regnskapstall):

(i mill. kr)

	2007	2008	Endring, pst.
Fastleger mv.	2 066,6	2 284,7	10,6
Legevakt	350,5	389,6	11,2
Avsetning til fond	127,1	127,5	0,3
Sum kap. 2755, post 70	2 544,2	2 801,8	10,1

Trygdens utgifter til allmennlegetjenester økte nominelt fra 2 544 mill. kroner i 2007 til 2 802 mill. kroner i 2008.

Utgiftsvekst kan skyldes flere faktorer. For det første påvirkes utgiftene av endringer i refusjoner og egenandeler. For det andre påvirkes utgiftene av at aktiviteten endres, for eksempel gjennom flere konsultasjoner som følge av flere fastleger/innbyggere. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruken endres, som for eksempel ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre typer konsultasjoner enn tidligere. Begrepet volumvekst er brukt for utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjoner og egenandeler.

Tabell 5.29 Utgifter og aktivitetsvekst allmennlegehjelp 2007–2010:

(i mill. kr)

	Regnskap 2007	Regnskap 2008	Revidert budsjett 2009	Budsjett 2010
Sum kap. 2755, post 70	2 544,2	2 801,8	3 083,5	3 110,9
Volumvekst (anslag)	4 pst.	4 pst.	5 pst.	4 pst.

Utgiftsveksten i 2008 skyldes en antatt volumvekst på om lag 4 pst., samt en økning i refusjonene til allmennleger som følge av takstforhandlingene om normaltariffen for leger.

Utgiftsveksten i 2009 skyldes en antatt volumvekst på om lag 5 pst.

Basert på veksten i tidligere år, anslås det for 2010 en volumvekst i allmennlegetjenesten på 4 pst.

Forslag 2010

Egenandelene hos allmennlege foreslås økt med 4 pst. fra 1. juli 2010. Dette anslås å gi en mindreutgift på posten på om lag 54 mill. kroner.

Det foreslås å heve aldersgrensen for barn og unge for fritak for egenandeler fra 12 til 16 år. Forslaget gjelder alle tjenester som kommer inn under egenandelstak 1. Ny aldersgrense på 16 år iverk-

settes fra 1. januar 2010. Forslaget anslås å gi en merutgift på posten på om lag 60 mill. kroner.

Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2009 er innarbeidet. Det vises til innledningen på programområde 30 for nærmere beskrivelse av resultatet av forhandlingene.

Post 71 Refusjon fysioterapi

Utgiftene dekkes etter folketrygdloven § 5-8 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi. Forskriften angir bl.a. hvilke former for fysioterapi det kan gis stønad til, og de medisinske vilkårene for stønad. Det er et vilkår for slik refusjon at fysioterapeuten har avtale om driftstilskudd med kommunen og at pasienten er henvist fra lege, kiropraktor eller manuellterapeut. Det er ikke krav om henvisning ved behandling hos manuellterapeut. Se også omtale på kap. 762 Primærhelsetjeneste.

Honorartariffen fastsettes gjennom årlige forhandlinger mellom staten, KS og Norsk Fysioterapeutforbund. Hovedregelen er at pasienten selv skal betale differansen (egenandel) mellom fysioterapeutens honorar og trygdens refusjonsbeløp.

Enkelte pasienter betaler ikke egenandeler. Det gis godtgjørelse etter honorartakst ved nærmere angitte diagnoser, ved yrkesskade og for barn under 12 år.

Egenandeler ved fysioterapi inngår i ordningen med egenandelstak 2, jf. kap. 2752, post 71.

Tilskudd til kommuner med fastlønnsstillinger for fysioterapeuter føres opp under post 62. Dersom kommunene velger å ansette fysioterapeuter i fastlønte stillinger i stedet for å inngå driftsavtaler, vil dette i utgangspunktet resultere i en reduksjon i utgiftene på post 71, mot en økning på post 62. Bevilgningene kan derfor benyttes gjensidig under den andre posten.

Tabell 5.30 Utgifter til privatpraktiserende fysioterapeuter 2007 og 2008

(i mill. kr)

	2007	2008	Endring, pst.
Fysioterapeuter med avtale	1 403,2	1 504,5	7,2
Fysioterapeuter uten avtale*	33,6	60,3	79,5
Avsetning til fond	23,8	25,0	5,0
Sum kap. 2755, post 71	1 460,5	1 589,8	8,9

* Omfatter videreutdanningskandidater under veiledning, eldre fysioterapeuter uten driftsavtale og terapiridning.

Trygdens utgifter til fysioterapi økte nominelt fra 1 461 mill. kroner i 2007 til 1 590 mill. kroner i 2008 som er en økning på 8,9 pst.

Utgiftsvekst kan skyldes flere faktorer: For det første påvirkes utgiftene av endringer i refusjoner og egenandeler. For det andre påvirkes utgiftene av at aktiviteten endres – for eksempel gjennom flere konsultasjoner og flere utøvere av tjenesten. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruken endres – som for eksempel ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre typer konsultasjoner enn tidligere. Begrepet volumvekst er brukt for utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjoner og egenandeler.

Tabell 5.31 Utgifter og aktivitetsvekst fysioterapi 2007–2010

(i mill. kr)

	Regnskap 2007	Regnskap 2008	Revidert budsjett 2009	Budsjett 2010
Sum kap. 2755, post 71	1 460,5	1 589,8	1 768,0	1 727,3
Volumvekst (anslag)	6 pst.	5 pst.	1 pst.	5 pst.

Basert på veksten i tidligere år, anslås det for 2010 en volumvekst på 5 pst. for privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtale.

For å gi større samsvar mellom oppgaveansvar og finansieringsansvar for den avtalebaserte fysioterapitjenesten skal kommunenes finansieringsan-

svar økes. Omleggingen har vært tema i takstforhandlingene våren 2009, med iverksetting fra 1. juli 2009, og vil fortsette i takstforhandlingene 2010. Det er avtalt at 25 pst. av omleggingen tas i avtaleåret 2009/2010. Det vises til omtale på kap. 762 Primærhelsetjeneste og til innledningen på programområde 30.

Forslag 2010

Fysioterapeuter 73 år og eldre

Det ble i Ot.prp. nr. 47 (1996-1997), Ny avtalepolitikk for privatpraktiserende helsepersonell, gitt unntak for enkelte grupper helsepersonell som ikke hadde avtale med kommune angående muligheten til å praktisere med refusjon fra trygden. Stortinget vedtok i forbindelse med behandlingen og lovproposisjonen, at privatpraktiserende helsepersonell som bl.a. fysioterapeuter som var over 62 år per 1. juli 1998 skulle kunne opprettholde refusjonsrett med trygden for «avtaleløs praksis» frem til pensjonsalder (pensjonsalder ble ikke nærmere definert). De aktuelle fysioterapeutene er i dag 73 eller eldre. Refusjon som er utbetalt for behandlinger utført av denne gruppen fysioterapeuter er anslått til maksimalt å utgjøre 5 mill. kroner i 2008. For fysioterapeuter som har driftsavtale med kommunen opphører avtalen ved senest fylte 70 år. Departementet foreslår å endre fysioterapiforskriften med sikte på å avvikle refusjonsordningen for gruppen som er 73 år og eldre med virkning fra 1. juli 2010.

Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2009 er innarbeidet. Det vises til innledningen på programområde 30 for nærmere beskrivelse av resultatet av forhandlingene.

Post 72 Refusjon jordmorhjelp

Utgifter til kontrollundersøkelser under svangerskap som utføres av jordmor, dekkes etter folketrygdloven § 5-12 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp. Det er et vilkår for refusjon at jordmor har kommunal driftsavtale eller er ansatt i kommunen. Leger og jordmødre som utfører svangerskapskontroller i helsestasjon, utløser refusjon til kommunen etter sine respektive refusjonsordninger.

Nødvendige utgifter til jordmorhjelp ved fødsel utenfor institusjon dekkes også etter folketrygdloven § 5-12. Det er ikke vilkår om at jordmor har driftsavtale eller kommunal ansettelse for å få stønad til jordmorhjelp ved fødsel utenfor institusjon.

Utgiftene i 2008 var 39,0 mill. kroner, mot 37,3 mill. kroner i 2007. Beløpene inkluderer refusjoner for svangerskapskontroller utført av lege i helsestasjon.

Post 73 Kiropraktorbehandling

Utgifter til behandling hos kiropraktor dekkes etter folketrygdloven § 5-9 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til behandling hos kiropraktor. Det gis stønad for inntil 14 behandlinger per kalenderår.

Utgiftene til kiropraktorbehandling var 84,3 mill. kroner i 2008 mot 81,2 mill. kroner i 2007.

Det fastsettes ingen egenandeler for kiropraktorbehandling. Kiropraktorene har fri prissetting.

Post 75 Logopedisk og ortoptisk behandling

Folketrygden dekker utgifter til behandling hos privatpraktiserende logoped og audiopedagog med hjemmel i folketrygdloven § 5-10 og tilhørende forskrift. Videre dekkes utgifter til behandling hos privatpraktiserende ortoptist med hjemmel i lovens § 5-10a.

Det er et vilkår for refusjon for logopedisk og audiopedagogisk behandling at det foreligger henvisning fra lege. Utgifter til behandling hos ortoptist dekkes når pasienten er henvist fra spesialist i øyesykdommer.

De logopediske og audiopedagogiske tiltakene som dekkes etter folketrygdloven, faller inn under kommunenes og fylkeskommunenes ansvar etter opplæringsloven av 1998. Kommuner og fylkeskommuner har i henhold til opplæringsloven kapittel 4A og kapittel 5 ansvar for å gi spesialundervisning, herunder logopediske og audiopedagogiske tjenester. Det har i lang tid vært en ordning der privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger har hatt anledning til å få godtgjørelse fra folketrygden for undersøkelse og behandling av personer med språk- og talevansker. Dette tilbudet har ikke vært en del av det kommunale og fylkeskommunale tilbudet. Det inngås ikke avtaler med privatpraktiserende logopeder om omfang av tjenester eller hvilke tjenester som skal ytes. I 2008 utbetalte folketrygden 67,3 mill. kroner til privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger.

De samlede utgiftene økte fra 69,5 mill. kroner i 2007 til 71,4 mill. kroner i 2008. Av utgiftene i 2008 gjaldt 4,1 mill. kroner ortoptisk behandling.

Programkategori 30.90 Andre helsetiltak

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
2790	Andre helsetiltak	357 030	285 000	217 300	-23,8
	Sum kategori 30.90	357 030	285 000	217 300	-23,8

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010	Pst. endr. 09/10
70-89	Andre overføringer	357 030	285 000	217 300	-23,8
	Sum kategori 30.90	357 030	285 000	217 300	-23,8

Kap. 2790 Andre helsetiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2008	Saldert budsjett 2009	Forslag 2010
70	Bidrag lokalt	357 030	285 000	217 300
	Sum kap. 2790	357 030	285 000	217 300

Post 70 Bidrag, lokalt

Med hjemmel i folketrygdloven § 5-22 kan det ytes bidrag til dekning av utgifter til helsetjenester når utgiftene ikke ellers dekkes etter folketrygdloven eller andre lover. Departementet har i forskrift gitt Helsedirektoratet fullmakt til å fastsette nærmere retningslinjer for ytelse av bidrag. De viktigste bidragsformålene målt etter utgiftenes størrelse er legemidler. Det kan ytes bidrag dersom utgiftene til det aktuelle formålet i løpet av kalenderåret overstiger 1 600 kroner. Bidrag ytes som hovedregel med 90 pst. av de overskytende utgifter. Mange formål dekkes imidlertid etter andre regler. Når det gis bidrag til behandling, kan det også gis bidrag til eventuelle nødvendige reise- og oppholdsutgifter. Det ytes blant annet bidrag etter § 5-22 til opphold ved Montebello-Senteret, til opphold for krigspensjonister ved Bæreiasenteret og til opphold ved institusjoner for blinde og svaksynte.

I 2008 ble det foretatt endringer i bidragsordningen, ved at flere legemiddelgrupper og tannbehandling ble tatt ut av ordningen og flyttet til de ordinære refusjonsordningene. Dette medførte at utgiftene ble redusert fra 617 mill. kroner i 2007 til 357 mill. kroner i 2008.

I 2009 ble bidragsformålene briller og kontaktlinser til barn og ungdom under 18 år ved visse øyelidelser, og til irislinser/linse med farget glass ved visse øyelidelser, flyttet til folketrygdloven kap. 10, som ligger under Arbeids- og inkluderingsdepartementets ansvarsområde. Dette medfører at utgiftene på posten blir redusert med 80 mill. kroner i 2010.

Forslag 2010

Avvikling av tilskudd til fysioterapeuter i utlandet

Stortinget har vedtatt at pasienter skal få rett til refusjon av utgifter til helsehjelp i andre EØS-land etter regler fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, jf. Stortingets behandling av Ot. prp. nr. 92 (2008-2009) og Innst. O. nr. 134 (2008-2009).

Ordningen vil gi norske pasienter større valgfrihet med hensyn til om de vil motta helsehjelp i Norge eller i andre EØS-land. Refusjonsordningen skal i første rekke omfatte helsehjelp utenfor sykehus og da helsehjelp som pasienten ville fått på det offentliges bekostning (helt eller delvis) i Norge, og i hovedsak på de samme vilkår. Refusjonsutgiftene vil bli belastet pasientens bostedskommune. For kommunene gjelder dette i hovedsak legetjenester, fysioterapi og andre primærhelsetjenester som mottas i andre EØS-land. Refusjonsordningen kan ikke tre i kraft før forskrift med nærmere regler er ferdigstilt, tidligst i løpet av 2010.

Det foreslås å avvikle folketrygdens bidrag til fysioterapi i utlandet, som i 2008 ble utbetalt for 7 348 pasienter med til sammen 28,7 mill. kroner. Dette særskilte tilskuddet til fysioterapi i utlandet har vært finansiert over folketrygdens bidragsordning, kap. 2790, post 70. Forslaget medfører at det etter 1. juli 2009 ikke gis godkjenning til nye behandlingssteder (personer eller organisasjoner) i utlandet. Avvikling av bidrag til fysioterapi i utlandet vil også gjelde utenfor EØS-landene.

Avviklingen foreslås gjennomført fra samme tidspunkt som ny refusjonsordning for behandling i utlandet iverksettes, jf. Innst. O. nr. 134 (2008-2009), om etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land. Fordi tidspunktet for avviklingen er usikkert, foreslås det å overføre et mindre beløp, 8,0 mill kroner i 2010, fra kap. 2790, post 70, til rammetilskuddet til kommunene på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett. Dette beløpet kan bli justert avhengig av iverksettelsestidspunkt. Dette vil departementet komme tilbake til i budsjettsammenheng.

Del III
Omtale av særlige tema

6 Nasjonal helseplan (2007–2010)

Nasjonal helseplan (2007–2010) ble lagt fram i statsbudsjettet for 2007. Nasjonal helseplan gir en helhetlig omtale av helsepolitikkens enkelte innsatsområder, betoner viktigheten av at disse sees i sammenheng, peker på sentrale utfordringer og trekker opp strategier og tiltak for at utfordringene skal møtes på en helhetlig måte. Nedenfor orienteres om oppfølgingen av planen, med vekt på gjennomføring av de tiltak og strategier som er omtalt i planen. Rapporteringen knyttes til helseplanens seks bærebjelker, eller verdier, som kjennetegner helsetjenesten i planperioden.

6.1 Helhet og samhandling

Mangel på helhet og samordning er i Nasjonal helseplan framhevet som en av de største utfordringene helsetjenesten står overfor. For å møte dagens og framtidas ufordringer la regjeringen i juni i år fram St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen «Rett behandling – på rett sted - til rett tid»*

Samhandlingsreformen

Samfunnet står overfor store samfunnsmessig, helsemessige og økonomiske utfordringer. Fram til 2050 vil antall personer over 67 år mer enn fordobles. I tillegg står vi overfor store endringer i befolkningens sykdomsbilde og mange pasienter opplever brudd og svikt i overgangen mellom sykehus og kommunene.

Reformens siktemål er mer koordinerte helse- og omsorgstjenester og en større innsats for å forebygge og begrense sykdom. Reformens skal bidra til at pasientene får bedre behandling der de bor. Kommunenes rolle i den samlede helse- og omsorgspolitikken skal endres slik at kommunene i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats i sykdomsforløpenes tidlige faser. Regjeringen vil satse mer på å unngå at folk blir syke og bidra til at det lønner seg for kommuner og sykehus å samarbeide. Det er en ambisjon at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning, hvor forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging er sentrale elementer og slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON).

Regjeringen fremmer fem hovedgrep for å møte dagens og framtidas utfordringer.

- Utvikle en klarere pasientrolle.
- Utvikle en ny framtidig kommunerolle slik at den i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpet.
- Etablere økonomiske insentiver som understøtter ønsket oppgaveløsning og som gir grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger.
- Utvikle spesialisthelsetjenestens rolle, slik at de i større grad enn i dag kan bruke sin spesialiserte kompetanse.
- Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer.

I oppfølgingen av meldingen vil regjeringen vurdere hvilke helsetjenester innbyggerne skal kunne motta av hhv. kommunene og spesialisthelsetjenesten, og det legges til grunn at flere oppgaver i helsetjenesten bør løses lokalt i kommunene. Kommunene skal settes i stand til å utvikle forebyggingsstrategier og gi nødvendig behandling og omsorg som demper veksten i antall personer med funksjonstap, utsetter innleggelser i sykehjem og behov for behandling i sykehus, og som gir pasienten mulighet for å leve et verdig og aktivt liv med funksjonstap.

Samhandlingsmeldingen legger til rette for at en større andel av forventet vekst i helse- og omsorgssektorens samlede budsjetter skal komme i form av frie inntekter til kommunene. Innenfor denne veksten vil regjeringen blant annet styrke forebyggingsarbeidet. Videre forutsettes at det skjer en forflytning av ressurser mellom forvaltningsnivåene som samsvarer med en eventuell oppgaveoverføring. De kommunale helse- og omsorgstjenestene vil få en ny og oppgradert rolle i den samlede helse- og omsorgstjenesten. Innsatsen i forhold til eventuelle nye framtidige kommunale oppgaver må imidlertid settes inn på en slik måte at de eksisterende og grunnleggende omsorgsoppgavene ikke fortrenges eller blir nedprioritert av nye oppgaver.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er en del av lokalsamfunnet, og tjenestene må organi-

seres inn mot bruker, familie og frivillige. Samtidig må samarbeidet med spesialisthelsetjenesten styrkes for å sikre en helhetlig oppfølging av den enkelte bruker. Samhandlingsreformen skal derfor også bygge videre på vedtatt politikk og langsiktig planarbeid på området. Arbeidet må bl.a. ses som en videreføring av St.meld. nr. 25 (2006–2007) *Mestring, muligheter og mening – framtidas omsorgsutfordringer,* som skal sikre økt kapasitet, kompetanse og kvalitet i tjenestene, bedre samspill med familie og pårørende og økt vekt på aktiv omsorg og forebyggende tiltak.

Økonomiske insentiver

De økonomiske insentivene skal understøtte den ønskede oppgaveløsning og gi grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter er de viktigste virkemidlene på dette området. Kjernen i begrunnelsen er at kommunen også gjennom de økonomiske ordningene kan stimuleres til å vurdere om det kan oppnås bedre helseeffekter gjennom annen bruk av ressursene, herunder riktigere bruk av sykehusene.

Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten vil også innebære en endring av spesialisthelsetjenestens økonomiske rammebetingelser. Som en del av arbeidet med samhandlingsreformen er det foretatt en vurdering av innretningen av finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten med sikte på at dette skal understøtte målene i samhandlingsreformen. Aktivitetsbasert finansiering bør fremdeles være en viktig del av finansieringen av spesialisthelsetjenesten, men særlig med bakgrunn i den vekt som framover skal legges på forbygging og tidlig intervensjoner foreslås det at satsen for aktivitetsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten reduseres fra 40 til 30 pst. fra 2012.

Regjeringen vil vurdere flere innretninger av modellen med kommunal medfinansiering; en generell medfinansiering, en avgrensning knyttet til enkeltdiagnoser og en avgrensning knyttet til alder. Det tas sikte på at ordningen iverksettes fra 2012. I utgangspunktet vurderes en medfinansieringsandel på 20 pst. ved alle innretningene.

Kostnadene for kommuner vil kunne variere fra ett år til et annet, grunnet variasjoner i innbyggernes bruk av spesialisthelsetjenester. Denne variasjonen vil særlig kunne gi utslag for mindre kommuner. Innføring av kommunal medfinansiering forutsetter at det finnes løsninger som innebærer at risikoen for små kommuner ikke blir for stor. I det videre arbeidet med utformingen av kommunal medfinansiering er det viktig å sikre at mindre kommuner inngår interkommunalt samarbeid før kommunal medfinansiering iverksettes.

Regjeringen har i samhandlingsmeldingen foreslått å overføre ansvaret for og ressurser knyttet til utskrivningsklare pasienter til kommunene fra 2012, hvilket betyr at kommunene får en betalingsplikt for pasienter som er definert utskrivningsklare. Kommunene vil samlet få tilført midler som svarer til kostnadene for de utskrivningsklare pasientene. En slik ordning forutsetter at kommuner og sykehus i samarbeid utarbeider kriterier for utskrivningsklare pasienter, og at de enes om eventuell karenstid i tilfelle reinnleggelser innen en gitt periode. Videre må betalingsforskriften for utskrivningsklare pasienter endres.

Det vises til omtale under programkategori 10.60.

Andre grep for å styrke helheten i helsetjenestene

Det ble i 2007 inngått en Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Det er etablert et system for oppfølging av avtalen. Denne ligger til grunn for lokale avtaler mellom kommuner og helseforetak og pågående samhandlingsaktiviteter.

Opptrappingsplanen for psykisk helse

Opptrappingsplanen for psykisk helse ble iverksatt i 1998 og avsluttet i 2008. Bakgrunnen for den tiårige satsingen var at tilbudet til mennesker med psykiske lidelser ble karakterisert som en tjeneste med brist i alle ledd. De overordnede målsettingene var et verdig tjenestetilbud preget av brukerperspektiv, frivillighet, tilgjengelighet, kontinuitet, helhet, samarbeid, desentralisering, nærhet til brukerne og kvalitet i behandlingen. Det er gjennom opptrappingsplanen etablert en ny lokalbasert tjeneste gjennom en kraftig satsing i kommunene og etablering av distriktspsykiatriske sentre over hele landet. De fleste distriktspsykiatriske sentrene (DPS) oppgir å ha etablert faste rutiner for samarbeid med kommunene/bydelene i sitt opptaksområde[1].

Det vises til en egen rapportering på opptrappingsplanen for psykisk helse i del III kap 8.

---

[1] Agenda Muusmann: Kartlegging av de Distriktspsykiatriske sentrene i Norge 2008

Omsorgsplan 2015

I St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening* la Helse- og omsorgsdepartementet fram fem langsiktige strategier og en egen omsorgsplan for å møte framtidens omsorgsutfordringer. Gjennom avtalen som er inngått mellom Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre ble Omsorgsplan 2015 utvidet og konkretisert. I avtalen er partene blant annet enige om å styrke kompetansen og den aktive omsorgen i tjenesten, sikre en god dimensjonering og utbygging av tjenestetilbudet og styrke kvaliteten i tjenestene. Omsorgsplanen omfatter fire hovedområder:

- 10 000 nye personellårsverk
- 12 000 nye omsorgsplasser
- Kompetanseløftet 2015
- Demensplan 2015

Erfaringene viser at Omsorgsplan 2015 har bidratt til å sette framtidas omsorgsutfordringer på dagsorden i kommunene, og at kommunesektoren har prioritert å styrke kapasiteten, kompetansen og kvaliteten i omsorgstjenestene de siste årene. En nyere undersøkelse viser at 226 kommuner har utviklet eller har planer om å utvikle langsiktige kommunale omsorgsplaner. I perioden 2005–2009 har det vært en historisk vekst i antallet årsverk og ut fra Statistisk Sentralbyrås statistikk vurderer departementet at målsettingen om 10 000 nye årsverk innen 2009, er realisert i løpet av 2008. Som en del av Omsorgsplan 2015 har regjeringen på usikkert grunnlag anslått et behov for ytterligere 12 000 årsverk i sykehjem, aktivitetstilbud og hjemmetjenester fra 2008 frem til 2015. Høy søknadsinngang til det nye investeringstilskuddet for sykehjem og omsorgsboliger vitner om stor interesse for å bygge ut og styrke kapasiteten i tjenestene. I tråd med Demensplan 2015, har en stor andel av landets kommuner iverksatt kompetansehevende tiltak for å styrke kvaliteten i demensomsorgen.

Gjennomføringen av Omsorgsplan 2015 må ses i sammenheng med avtalen som er inngått mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS om utvikling av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Omsorgsutfordringene berører mange samfunnssektorer og samspillet med familie og lokalsamfunn, så vel som samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. Konkretisering og operasjonaliseringen av samhandlingsreformen må på denne bakgrunn skje i et tett samspill med gjennomføring og rullering av Omsorgsplan 2015. Planleggingen på disse områdene bør være viktige tema i det lokale økonomi- og kommuneplanarbeidet, og ikke begrenses til eventuelle sektorplaner for omsorgstjenestene eller kommunehelsetjenestene. Ny plan- og bygningslov vil være et viktig verktøy i dette arbeidet, og det er viktig at kommunene sikrer nødvendig plan- og prosesskompetanse i helse- og omsorgssektoren og legge til rette for samhandlingsarenaer for å sikre at helse- og omsorgsutfordringene bringes tidlig inn i de helhetlige plan- og beslutningsprosesser.

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er et viktig virkemiddel for å realisere mål om helhet og samhandling i helse- og omsorgstjenesten. Tiltak på IKT-området er derfor en viktig del av samhandlingsreformen.

Det er behov for en klarere nasjonal strategisk styring og ledelse av utviklingsarbeidet. Visjonen er å utvikle helhetlige systemer for sikker og oppdatert informasjonsforvaltning og dokumentasjon, og i større grad ta i bruk pasientverktøy for kliniske og forebyggende aktiviteter. Det er i den forbindelse særlig viktig at det utvikles IKT-infrastruktur som legger til rette for bedre samhandling mellom ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten.

Basert på en videreføring av Norsk Helsenett AS ble Norsk Helsenett SF stiftet 1.juli 2009. Hovedformålet med etableringen er å videreutvikle en sikker IKT-infrastruktur for forvaltning og kommunikasjon av informasjon. Opprettelsen av Norsk Helsenett SF er nødvendig for å sikre en helhetlig gjennomføring av de overordnede målsettinger, og for på en kostnadseffektiv måte å sikre samfunnets interesser på lang sikt.

Virksomheten skal utvikles innenfor rammen av nasjonal IKT-politikk og i samsvar med de overordnede helsepolitiske mål. Norsk Helsenett SF skal utføre samfunnsoppgaver på vegne av staten i tråd med de styringskrav staten fremsetter i foretaksmøte. Statsforetaket skal bidra til at en standardisert IKT-infrastruktur med felles tjenester blir gjort tilgjengelig på nasjonalt plan, og gjennom dette medvirke til å oppnå helsepolitiske mål om kvalitet, lik tilgjengelighet til helsetjenester, effektivisering og informasjonssikkerhet. Dette vil best bli ivaretatt ved at staten har direkte kontroll med virksomheten.

6.2 Demokrati og legitimitet

En viktig betingelse for både legitimitet og tillit er åpenhet om beslutningsprosesser og resultat. Åpenhet er nødvendig for å legge grunnlaget for felles forståelse av status og utfordringer. Økonomisk styring er vesentlig for helsetjenestens legitimitet. For å kunne videreutvikle tjenestetilbudet

og prioritere riktig er det nødvendig å bruke fellesskapets midler på den mest effektive måten.

Åpenhet og psykisk helse

Målet om økt åpenhet var sentralt i opptrappingsplanen for psykisk helse og er fortsatt sentralt i det videre arbeidet med utviklingen av det psykiske helsefeltet. Det satses på informasjonsspredning til tjenesten og befolkningen for å bidra til økt åpenhet, mer kunnskap om psykisk helse og psykiske lidelser og å motvirke tabuer og fordommer.

Åpenhet om kvalitet og resultater

Det er et mål å videreutvikle valgmulighetene knyttet til fritt sykehusvalg og fastlegeordningen slik at pasientene får informasjon de synes er relevant for å kunne velge. I august 2008 ble nettstedet Fritt sykehusvalg relansert. Det er nå mer brukervennlig og informativt.

Samarbeidsordning med ansattes organisasjoner

Det er inngått en samarbeidsavtale om utvikling av spesialisthelsetjenesten mellom Helse- og omsorgsdepartementet og arbeidstakerorganisasjonene i helseforetakene. Ansattes organisasjoner har valgt et kontaktorgan, og avtalen etablerer et fast dialogmønster mellom departementet og organisasjonenes representanter.

Arbeidstakerorganisasjonene kan informere og spille inn forhold der det ønskes dialog med departementet. Avtalen skal bidra til å ivareta de ansattes behov for trygghet og forutsigbarhet i omstillingsarbeidet.

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering

Ett av ti punkter som står sentralt i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering er at den politiske styringen av arbeidet skal styrkes, noe som skal skje med sterkere medvirkning fra brukerorganisasjonene. Helse- og omsorgsdepartementet har etablert et forum for oppfølging av strategien. Her deltar representanter for brukerne, kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, arbeidstakerorganisasjoner og andre aktuelle aktører. Møtene skal gi rom for dialog om status, utvikling og utfordringer for implementering av strategien. I 2008 og 2009 har tema vært samhandling, habilitering av barn og unge, behov og kapasitet, samt status og innspill til prioritering i siste del av strategiperioden. Det vises til særskilt rapportering om oppsummering av Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering i kap. 9 i del III.

6.3 Nærhet og trygghet

Regjeringens målsetting er at hele befolkningen skal ha likeverdig tilgang på helsetjenester. Behandling og oppfølging skal fortsatt organiseres etter beste effektive omsorgsnivå.

Psykisk helse

Gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse er det blitt bedre tilgjengelighet til tjenestene gjennom lengre åpningstider, flere ansatte og en desentralisert tjeneste som i større grad finnes der folk bor. Tilbudet i kommunene er blitt styrket gjennom bedre boligtilbud, støttetjenester, hjemmetjenester, aktivitetstilbud, oppfølging, forebyggende arbeid og økt kompetanse. Spesialisthelsetjenesten er styrket gjennom etablering av nye tjenester som Distriktspsykiatriske sentra (DPS). Den utadrettede tjenesten mot kommunene er betydelig styrket ved etablering av ambulante team/funksjoner ved DPSene. Målet i opptrappingsplanen om at 20 prosent av midlene til kommunene skal gå til tiltak for barn og unge er oppfylt. Antall barn og unge som får hjelp av spesialisthelsetjenesten er økt med 140 prosent.

Lokalsykehus og desentraliserte spesialisthelsetjenester

Det er regjeringens mål at lokalsykehusene i økende grad må innrettes for å kunne ivareta store sykdomsgrupper der nærhet til tilbudet er viktigst. Dette gjelder for eksempel syke eldre, pasienter med kroniske lidelser, rusavhengige og psykisk syke.

Samhandlingsmeldingens vektlegging av organisatorisk, kompetanse- og ressursmessig utvikling av kommunesektoren gir gode muligheter for sykehusene å rendyrke spesialiserte oppgaver som kun spesialisthelsetjenesten skal ta seg av. Dette gir mulighet for strategisk utvikling av spesialisthelsetjenesten, herunder lokalsykehusene som må utnyttes på en systematisk måte. Lokalsykehusene må i dialog med kommunene, og med utgangspunkt i roller og oppgaver som utvikles i kommunene, finne samarbeidsformer med kommunene der lokalsykehusenes faglige og organisatoriske fortrinn som nærhet til befolkningen, spesialistkompetanse og bredde i oppgaver. For å møte behovet for helsetjenester fremover vil det være helt sentralt at lokalsykehus og kommuner finner gode samarbeidsformer. Regjeringen vil legge til rette for en slik utvikling i Nasjonal helse- og omsorgsplan som legges fram i form av en stortingsmelding i 2010.

Departementet legger vekt på å utvikle desentraliserte spesialisthelsetjenester, bl.a. skal lokalsykehusenes virksomhet rettes inn mot tjenester til store sykdomsgrupper, kronisk syke og syke eldre.

Den akuttmedisinske kjede

Nasjonal helseplan understreker at akuttfunksjoner er grunnleggende for befolkningens trygghet. Akuttfunksjonene ved sykehusene må sees i sammenheng med de øvrige delene av den akuttmedisinske kjede. Den akuttmedisinske kjede består av medisinsk nødmeldetjeneste, kommunal legevakt og legevaktssentral, ambulansetjenesten, og akuttberedskapen ved sykehusene. Det er behov for å samordne de ulike leddene i den akuttmedisinske kjede sterkere enn i dag. Det viktigste for befolkningen er det samlede akuttmedisinske tilbudet lokalt. Derfor må også det akuttmedisinske tilbudet ved lokalsykehusene sees i sammenheng med, og tilpasses, lokale forhold. Regjeringen har sluttet seg til anbefalingene til arbeidsgruppa som utredet lokalsykehusenes akuttfunksjoner om veiledende faglige standarder for lokalsykehusenes akuttfunksjoner.

Departementet har i løpet av 2008 og 2009 mottatt rapporter om en helhetlig gjennomgang av de prehospitale tjenestene med hovedvekt på AMK-sentralene og ambulansetjenesten, frivillige organisasjoner og ambulansetjenesten og forslag til nasjonal handlingsplan for legevaktsmedisin. Rapportene vil danne grunnlag for videre arbeid for å styrke hvert enkelt ledd og helheten i den akuttmedisinske kjede.

Departementet har igangsatt et arbeid for å legge til rette for en nivådeling av ambulansetjenesten som kan bidra til å møte tjenestes behov for ulike typer båretransport og legge til rette for at de frivillige fremdeles skal kunne spille en viktig rolle i den akuttmedisinske kjede.

Beredskap i helse- og sosialsektoren

Formålet med helse- og sosialsektorens beredskap er å bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester ved kriser, katastrofer og krig. Lov om helsemessig og sosial beredskap og annen helse- og sosiallovgivning, bl.a. smittevernloven, matloven og strålevernloven pålegger kommunesektoren, regionale helseforetak og staten å ha beredskapsplaner for kriser, katastrofer og krig. Sykehus, vannverk, Mattilsynet og næringsmiddel-laboratorier har selvstendig planplikt. Tiltak følges opp i tråd med ansvarsprinsippet. For å få helhet og sammenheng i tjenestene skal hvert ledd koordinere egne forberedelser med samarbeidende ledd. Lov om helsemessig og sosial beredskap og reformen av den sentrale helseforvaltningen og sykehusreformen i 2002 har bidratt til å bedre sektorens krisehåndteringsevne. Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan beskriver sektorens beredskapsorganisasjon.

En rekke helseberedskapsutfordringer er av internasjonal karakter. Norge deltar derfor i WHOs, FAOs og Det internasjonale atomenergibyråets (IAEA) globale samarbeid om overvåking, analyse, varsling og reaksjonsformer ved utbrudd av smittsomme sykdommer og strålingsrelaterte hendelser. Norge samarbeider også med NATO og EU på dette området, bl.a. ved å delta i EUs nye senter for forebygging og kontroll av sykdommer (ECDC) og i EUs Health Security Committee. Norge deltar også i EUs meldesystemer på matområdet. I Norden er det inngått en helseberedskapsavtale som bl.a. omfatter assistanse og informasjonsutveksling ved kriser og katastrofer.

Utfordringer og satsingsområder

Gode rutiner for samhandling internt og overfor andre sektorer er permanente utfordringer, enten det gjelder lokale ulykker eller utbrudd av en ny influensapandemi, som influensa A (H1N1). Status fremgår av kap 702 Helse- og sosial beredskap i del II. Helsemyndighetene vil fortsette arbeidet med å få kommuner, regionale helseforetak og helseforetak til å utvikle kvalitet og samhandling i egen sektor og overfor andre sektorer bl.a. gjennom avtaler og prosedyrer, kompetansetiltak og øvelser.

Sikre robuste forsyningssystemer

Helsetjenesten er en kompleks organisasjon som er avhengig av tilførsel av en lang rekke innsatsfaktorer. Utviklingen har gått i retning av stadig større krav til effektivitet og økt internasjonalisering i forsyningskjedene. Dette medfører at lagre av forsyninger bygges ned, og at viktige innsatsfaktorer ikke uten videre finnes i landet. Å styrke robustheten i forsyningene i normale så vel som ekstraordinære situasjoner vil stå sentralt i det videre arbeidet. Status fremgår av kap 702. Departementet samarbeider med Helsedirektoratet, Statens legemiddelverk, Nasjonalt folkehelseinstitutt, regionale helseforetak, kommunesektoren og andre berørte, med å gjennomgå den nasjonale forsyningssikkerheten av legemidler og vurderer behov for nye tiltak.

Sikre robust ABC-beredskap, herunder pandemiberedskap

Innenfor beredskapen mot atom-, biologiske og kjemiske hendelser (ABC-beredskapen) er det en utfordring å oppnå koordinerte tiltak på tvers av sektorer, fordi svært mange aktører er involvert. Status fremgår av kap 702.

Hovedprioriteringer fremover vil være å håndtere influensa A (H1N1) og videreutvikle pandemiberedskapen i samråd med WHO og EU, samt andre tiltak for å utvikle atomberedskapen og beredskapen mot biologiske og kjemiske hendelser.

Styrke deltakelsen i internasjonalt samarbeid på helseberedskapsområdet

Utbruddet av ny influensa A (H1N1) er et eksempel på betydningen av at Norge samarbeider med andre land og internasjonale organisasjoner for å styrke evnen til å håndtere større kriser. Status fremgår av kap 702. Prioriteringer fremover vil være å videreutvikle nordisk samarbeid om håndtering av kriser og katastrofer i utlandet og bidra til å utvikle samarbeidet i og mellom WHO, EU, IAEA og Nato.

Internasjonalt samarbeid innenfor helse- og sosialområdet

Formålet med Norges internasjonale helsesamarbeid er å møte helseutfordringer av internasjonal karakter ved å utvikle ordninger for effektiv forebygging og sykdomsbekjempelse og bidra til å bedre helsesituasjonen i Norges nærområder og andre deler av verden. Norges engasjement skjer gjennom EU/EØS, WHO, Nordisk Ministerråd, IAEA, Nordlige dimensjon og Barents helse- og sosialprogram.

Hovedtrekk i EU/EØS samarbeidet

Helse- og mattrygghetsforvaltningen ved departementet, Mattilsynet, Statens legemiddelverk, Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt er engasjert i løpende arbeid med EU/EØS-saker. Norge deltar i EUs indre marked (jf. EØS-avtalen), og det gjennomføres hvert år et omfattende EU-regelverk i norsk rett på følgende områder: næringsmidler, drikkevann, tobakk, legemidler, kosmetikk, medisinsk utstyr, blod/celler/vev. De fire friheter berører også rett til dekning av utgifter til helsehjelp samt gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner for helsepersonell. Norske eksperter fra helse- og mattrygghetsforvaltningen har gjennom EØS-avtalen rett til å delta i arbeidsgruppene som utarbeider forslag til nytt eller revidert regelverk. Mattilsynet deltar bl.a. i 50-60 arbeidsgrupper og komiteer innenfor departementets ansvarsområde.

Områder der norske helsemyndigheter deltar, primært gjennom EFTAs ekspertgruppe for folkehelse:

- Helseprogrammet 2007–2013. Programmet er en videreføring av det tidligere folkehelseprogrammet og Norge bidrar med finansiering og deltakelse i prosjekter.
- Narkotikaprogrammet 2007-2013. Programmet er nyopprettet og Norge bidrar med finansieringen og deltakelse i prosjekter.
- Helseberedskap: EU-landene har etablert et omfattende samarbeid for å stå godt rustet mot utbrudd av smittsomme sykdommer over landegrensene og eventuelle terrorhandlinger med bruk av biologiske og kjemiske våpen.

Norge deltar i et samarbeid om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester. Prinsippet om fri bevegelse av tjenester omfatter i prinsippet pasienter som tjenestemottakere. Kommisjonens forslag til direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester er under behandling i EUs beslutningsorganer. Vedtak kan ventes i 2010. Norge har spilt inn synspunkter til EU i prosessen.

Departementet deltar i flere EU-byråer, bl.a. Byrået for godkjenning av legemidler (EMEA) i London, Byrået for mattrygghet (EFSA) i Parma, Senter for forebygging og kontroll av sykdommer (ECDC) i Stockholm, og Europeisk overvåkningssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA) i Lisboa.

Utfordringer i forholdet mellom norske helse- og mattrygghetsmyndigheter og EU

EU-landene utvikler i økende grad sitt helsesamarbeid på områder som faller utenfor EØS-avtalen. Det er derfor viktig for Norge å supplere arbeidet inn mot EU med et aktivt nordisk samarbeid og bilateralt samarbeid. Norge samarbeider med Polen og andre nye EU-land gjennom EØS-finansieringsordningen, der helse er én prioritert sektor (prosjekter: helsesystemutvikling og forebygging, e-helse, helseregistre, alkohol, narkotika, tobakk og helsefremmende tiltak). Ordningene bør bidra til å styrke bilaterale forbindelser og partnerskap i prosjekter. Ordningen skal videreføres etter 2009, og Norge vil i løpet av høsten fremforhandle en ny avtale med EU om dette. Departementet har aktivt bidratt til innspill om innsatsområder i den nye ordningen samt ved utarbeidelse av forhandlingsmanualen.

Utfordringer for norsk helse- og mattrygghetsforvaltning

Det er en utfordring å medvirke aktivt i utformingen og oppfølgingen av nytt regelverk på mattrygghetsområdet og om pasientmobilitet mv. Det er også viktig å styrke involvering av interesseorganisasjoner, næringsliv og andre berørte på norsk side – fra start til mål. Etter at helsetjenester ble unntatt fra tjenestedirektivets virkeområde, er det varslet separat regulering på feltet. Denne regulering vil gjelde pasienters rettigheter til helsebehandling i andre EØS-land.

Utfordringer for den norske helsetjenesten

Utviklingen i EU når det gjelder pasientmobilitet kan føre til at et økende antall nordmenn i fremtiden vil krysse grensene for å få helsehjelp i utlandet. Over tid kan dette innebære en utfordring for norsk helsetjeneste (kvalitet, kapasitet, pasientgrunnlag) fordi tjenesten får konkurranse fra tjenestene i andre europeiske land. Norske sykehus kan også få økt etterspørsel av pasienter fra andre land.

Med henvisning til St.meld. nr. 23 (2005–2006) *Om gjennomføring av europapolitikken* har departementet utarbeidet en strategi for EU-EØS-arbeidet.

Departementet spiller inn helse- og matpolitiske prioriteringer inn til UDs halvårlige gjennomgang av EØS-saksfeltet. Strategien brukes aktivt i det løpende EU/EØS-arbeidet i departementet og som verktøy i større prosesser som krever tidlig innstats og strategiske vurderinger av norsk medvirkning.

På mattrygghetsområdet er det etablert et interdepartementalt samarbeid på klareringene av viktige matpolitiske saker innenfor EU/EØS. Departementet har avholdt flere møter i Referansegruppen for EU/EØS-saker på helse. I gruppen deltar medlemmer fra organisasjoner innen helse (offentlige og private), helseforetak og det sivile samfunn. Gruppen er en møteplass for å utveksle informasjon og erfaringer om arbeidet innenfor EU/EØS.

Samarbeidet i Verdens helseorganisasjon (WHO og andre FN-fora)

Globalt er WHO-samarbeidet vår viktigste helsepolitiske arena. Samarbeidet er politisk viktig og av stor betydning i et utviklingsperspektiv. WHO er en normskapende organisasjon og den viktigste globale helsepolitiske aktør. WHO og organisasjonens regionkontorer spiller en aktiv rolle som bidragsyter og pådriver i utviklingen i globale helsespørsmål. Utvikling av nasjonale helsesystemer, bekjempelse av smittsomme sykdommer og tobakksforebyggende arbeid har stått særlig sentralt i Europaregionens arbeid de senere årene. Verdens helseforsamling vedtok i 2008 en handlingsplan for ikke-smittsomme sykdommer, samt en resolusjon om en strategi for arbeidet med «harmful use of alcohol».

I samarbeid med FNs organisasjon for mat og landbruk (FAO) er WHO ansvarlig for utvikling av internasjonale standarder for matkvalitet og mattrygghet gjennom Codex Alimentarius. Disse standardene legges også til grunn for internasjonal handel gjennom avtalen om sanitære og plantesanitære tiltak (SPS) under Verdens handelsorganisasjon.

På narkotikasiden er FNs narkotikakommisjon sentral.

WHOs unike rolle som verdens arena for helsepolitisk samarbeid utfordres av spesifikke helseutfordringer særlig knyttet til utviklingsland. GAVI har fokus på vaksiner, UNAIDS kampen mot hiv/aids, det globale helsefondet GFATMs mandat er hiv/aids, tuberkulose og malaria. En rekke private/ offentlige partnerskap arbeider bl.a. med forskning på sykdommer og helseproblemer som rammer utviklingslandene. Private stiftelser som Gates-stiftelsen disponerer mer enn tre ganger WHOs ressurser. Fragmenteringen stiller krav til effektiv samordning og rasjonell arbeidsdeling basert på aktørenes kompetanse. WHO har også en viktig rolle i å sette fokus på livsstil og på ikkesmittsomme sykdommer, som er et økende problem også i utviklingsland. Det er viktig å bevare WHOs rolle som normsetter og helserådgiver for alle verdens land. Etterspørselen etter WHOs nøytrale og kunnskapsbaserte rådgivning øker.

Helsesystemer

Utvikling av fullgode nasjonale helsesystemer, herunder forebygging, er WHOs kanskje viktigste utfordring i et utviklingsperspektiv. I dag mangler de fleste utviklingsland både tilstrekkelig kapasitet og kompetent helsepersonell. WHOs rolle utfordres ved at Verdensbanken søker å gå vekk fra å finansiere sykdomsbaserte programmer til fordel for helsesektorutvikling. Det blir viktig å sikre at WHOs systemkunnskap kobles opp mot Verdensbankens finansielle ressurser.

FN-reformer

FN-organisasjonene er preget av relativt tunge administrative og finansielle systemer. Disse sikrer ikke alltid optimal funksjonsevne. Resultatbasert

budsjett- og programstyring er en viktig utfordring for FN. WHOs resultatbaserte programbudsjett er en modell for hele FN-systemet. WHO skal i større grad vektlegge rådgivning og faglig støtte til landenes egne helseplaner og samordne sin innsats med andre internasjonale og bilaterale aktører.

Matkvalitet og mattrygghet

Markedet for mat utvikles etter hvert fra å være lokalt eller regionalt, til i økende grad å være globalt. Handelen med mat over landegrensene øker. Dette betyr at det blir stadig viktigere for norske forbrukere at matkvalitet og mattrygghet holder et høyt nivå i alle deler av verden.

Nordisk samarbeid

Nordisk helse- og sosialsamarbeid er basert på et rullerende samarbeidsprogram som bygger på verdiene i den nordiske velferdsmodellen. Programmet dekker et vidt felt fra forskning og utdanning til informasjons- og erfaringsutveksling og samkvem mellom landene gjennom konvensjoner og overenskomster. De mest sentrale arenaene er Nordisk ministerrådsmøte og Nordisk embetsmannskomité for helse- og sosialpolitikk. I tillegg er kosthold og mattrygghet en del av det nordiske samarbeidet innenfor fiskeri og havbruk, jordbruk, næringsmidler og skogbruk.

På ministermøtet sommeren 2009 ble finanskrisens mulige innvirkning på den nordiske velferdsmodellen diskutert, bl.a. hvilke sentrale utfordringene finanskrisen fører med seg, samt signaler til videre arbeid både for hvert av landene og innenfor det nordiske samarbeidet.

Ministerrådet for helse og sosialsaker har i 2009 utarbeidet et forslag til nye globaliseringsinitiativer på sitt område. Satsningsområder er forebygging av livsstilsrelaterte sykdommer og inkludering av marginaliserte grupper i arbeidslivet. Det arbeides med å konkretisere og sette i gang prosjektene.

Barents helsesamarbeid og bilateralt samarbeid med Russland

Helse er et område der myndighetssamarbeidet med Russland og de baltiske land har kommet langt. Det pågår prosjekter på regionalt og lokalt myndighetsnivå med vekt på tiltak mot smittsomme sykdommer, livsstilssykdommer og sosiale problemer. De viktigste overbygningene for arbeidet er Partnerskapet for helse og livskvalitet under Den nordlige dimensjon, og Barentsrådets arbeidsgruppe for helse og sosiale saker.

Norge har i 2008-2009 ledet Partnerskapet med Russland som nestleder, og har i 2009 fornyet samarbeidet med Russland gjennom undertegning av en ny handlingsplan under den bilaterale helseavtalen mellom landene. Det arbeides høsten 2009 med sikte på at Russland skal ta over som leder av partnerskapet de neste to år. Bedring av folkehelsen og levekår i Russland er viktig for å forebygge spredning av smittsomme sykdommer og for den økonomiske og sosiale utviklingen i Russland.

Satsingen mot tuberkulose i Barentsregionen videreføres med sikte på å nå målet om å få sykdommen under kontroll innen 2013. Det er utviklet et handlingsprogram mot hiv/aids som gjennomføres i Nordvest-Russland. Det er vedtatt en handlingsplan for barn og unge, i tråd med Barentsrådets erklæring fra 2005. Å bedre helseforhold i fengslene er av stor betydning for å begrense smittsomme sykdommer. Norge leder Partnerskapets ekspertgruppe på fengselshelse og har stilt en ekspert til rådighet for gruppen.

- Det norske formannskapet i Barentsrådets arbeidsgruppe for helse og sosiale saker er avsluttet. Hiv/aids-programmet ble videreført under norsk ledelse, og et handlingsprogram for barn og unge ble utviklet under norsk formannskap.
- Under partnerskapet er det utviklet en database over pågående og avsluttede samarbeidsprosjekter som har mottatt økonomisk støtte fra partnerne.
- Norge avsluttet høsten 2009 sitt formannskap i Partnerskapet gjennom å arrangere en partnerskapskonferanse i Oslo.

Annet bilateralt samarbeid

Norge og Kina har hatt et helsesamarbeid siden 1999. Kina er, som et av verdens mest folkerike land med sterk økonomisk vekst, et viktig land i et helseperspektiv. Høsten 2009 planlegges undertegning av en ny handlingsplan under samarbeidet, der en fra norsk side ønsker å vektlegge utvikling av helsesystemer, særlig primærhelse.

Helseministeren fornyet i mai 2009 den politiske kontakten med kinesiske helsemyndigheter gjennom et politisk besøk til Beijing, og ble der orientert om blant annet Kinas pandemiberedskap og det pågående arbeidet med en kinesisk helsereform.

Utdanning og kompetanse

Tilgang på helsepersonell, dimensjonering av utdanningen

Sekretariatet knyttet til Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling arbeider med en ny database som skal bedre oversikten over legestillinger i spesialisthelsetjenesten. God oversikt er nødvendig blant annet som beslutningsgrunnlag for dimensjonering av utdanningsstillinger for legene. Basen skal ivareta myndighetenes behov for oversikt og prognoser, samtidig som systemet skal fungere som styringsverktøy for helseforetakene. Databasen skal være ferdig i løpet av 2010.

Kompetanse og kvalifikasjoner – innhold i utdanningene

Stortinget har vedtatt endring i helsepersonelloven slik at Helsedirektoratet ikke lenger skal ha adgang til å delegere myndighet til yrkesorganisasjoner å gi spesialistgodkjenning. Endringen tydeliggjør myndighetsutøvelsen på feltet og gir en godkjenningsordning som er i samsvar med ordninger i de andre nordiske landene. Målet er å tydeliggjøre overordnet styring av administrativ, økonomisk, samfunnsmessig og helsefagig art. Departementet legger opp til en bred gjennomgang av organiseringen av spesialistutdanningen og legefordelingssystemet, herunder behovet for rådgivende organer. Det vises til omtale under kap. 732.

Global mobilitet og helsearbeidere

Globaliseringen medfører økt mobilitet av helsearbeidskraft. I henhold til WHO er det i verden i dag et underskudd på fire millioner helsearbeidere. Situasjonen er særlig akutt i utviklingsland der kvalifisert helsepersonell rekrutteres til bedre betalte stillinger i utviklede land. Norge spiller en viktig rolle i en global allianse om menneskelige ressurser basert i WHO der migrasjonsproblematikken inngår som et sentralt tema, the global health workforce alliance (GHWA). Et fundament for at utviklingsland skal lykkes bedre i å beholde egen kvalifisert arbeidskraft innenfor helsesektoren, er at rike land fører en politikk som ikke tømmer fattige land for deres få kvalifiserte helsearbeidere. I Norge har regjeringen slått fast at det er en klar målsetning at Norge avstår fra systematisk og målrettet rekruttering av helsepersonell fra utviklingsland. Regjeringen besluttet å opprette to arbeidsgrupper i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og Utenriksdepartementet som skulle se på hhv innenlandske tiltak og tiltak på bistandsområdet når det gjelder rekruttering av helsepersonell. Helse- og omsorgsdepartementet ga Helsedirektoratet i oppdrag bl.a. å identifisere og analysere forhold som har betydning for innenlandsk tilgang på helse- og omsorgspersonell for vurdere aktuelle tiltak for å sikre innenlandsk rekruttering. Rapport fra Helsedirektoratet forelå februar 2009. Departementet har til vurdering den videre oppfølgingen av rapportene.

Særskilte kompetanseutfordringer – språk og kultur

Regionale helseforetak har på oppdrag fra departementet arbeidet med tiltak for å bedre kunnskapen om språk- og kultur hos samisk befolkning og innvandrere. Det arbeides også med å tilrettelegge for gode og tilgjengelige tolketjenester på sykehusene. For å utvikle likeverdige helsetjenester har Helse Sør-Øst RHF etablert et prosjekt som omfatter kommunikasjon og språkforståelse mellom pasient og helsepersonell, brukermedvirkning og involvering av pasienter med innvandrerbakgrunn.

6.4 Faglighet og kvalitet

God kvalitet er når pasienten får riktig behandling på riktig sted til riktig tid. Det er å få god hjelp i kommunen og ved sykehus når det er nødvendig. God kvalitet er å bli møtt med gode holdninger og respekt i helsetjenesten – uansett bakgrunn. Det er når neste ledd i kjeden står klar til å overta – uten brudd og opphold. God kvalitet er å lære av feil slik at de ikke skjer igjen. Men god kvalitet er også at vi kan høste gevinstene av bedre pasientforløp, færre reinnleggelser og god samhandling mellom tjenester og personell. Nasjonal helseplan drøfter ulike virkemidler for å styrke faglighet og kvalitet i tjenestene.

Psykisk helse

Gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse er det bygget en nødvendig struktur med 75 distriktspsykiatriske sentra, styrking av tilbudet i kommunene og en vesentlig økning i utdanningskapasiteten i høgskolesektoren. Evalueringen av opptrappingsplanen[2] viser at de kvantitative målene om personellvekst er nådd både i psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) og i psykisk helsearbeid (kommunene). For å få mer kunnskap om utviklingen, både i befolkningens helse og tjenestenes kva-

[2] Forskningsrådet: Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter

litet, er det utarbeidet indikatorer for psykisk helse. Indikatorene skal benyttes til å følge med på utviklingen i de tjenestene som har blitt styrket og bygd opp gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering ble etablert i 2007. Rådet er sammensatt av medlemmer fra virksomheter med ansvar for helsetjenester, fra forvaltningen, fra brukerorganisasjoner og fra universiteter og høgskoler. I forhold til Rådets mandat er det saker om innføring av ny teknologi som har fått størst oppmerksomhet. Rådet har også hatt til behandling saker knyttet til de øvrige områdene i mandatet (samhandling, ulikhet i tjenestetilbudet, retningslinjer og generell prioritering). 56 pst. av sakene er knyttet til spesialisthelsetjenesten, 10 pst. til primærhelsetjenesten og 34 pst. til begge sektorene. Rådet inviterte til en nasjonal konferanse «Helse i utvikling 08» hvor målet var å synliggjøre rådets arbeid og skape en møteplass for rådets medlemmer og brukerne i helsetjenesten.

Det er utviklet et eget nettsted for Rådet, med status for alle saker og forberedelser, generell informasjon om Rådet, og mer bakgrunnsstoff i tilknytning til Rådets mandat (www.kvalitetogprioritering.no).

Nasjonale helsekonferanser

Helse- og omsorgsdepartementet har i samarbeid med Helsedirektoratet invitert til nasjonale helsekonferanser i 2007, 2008 og 2009. Konferansene er blitt et møtested for ledere, brukere, bransjeorganisasjoner og fagfolk med ulik bakgrunn både fra kommuner og helseforetak med om lag 1000 deltakere på hver av konferansene. Konferansen i 2007 var fokuserte på Nasjonal helseplan, konferansen i 2008 fokuserte på sosial ulikhet og samhandling, mens helsekonferansen 2009 belyste samhandlingsutfordringer under tittelen *Tid for samhandling*. Presentasjonene fra konferansene finnes på www.helsekonferansen.no

Pasientsikkerhet

Helse- og omsorgsdepartementet har i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene satt som mål at antall uønskede hendelser skal reduseres. For å understøtte helsetjenestens arbeid med pasientsikkerhet skal det gjennomføres en nasjonal pasientsikkerhetskampanje. Målsettingen med en pasientsikkerhetskampanje er å redusere uønskede hendelser på utvalgte innsatsområder i kampanjeperioden. Resultatet av kampanjeinnsatsen skal være målbart. Nasjonal enhet for pasientsikkerhet vil være sekretariat for forberedelse av og gjennomføring av kampanjen. En vellykket kampanje er avhengig av grundig forberedelse og en prosess som sikrer forankring i hele helsetjenesten. Det legges derfor opp til at involverte aktører deltar i utforming og planlegging av kampanjen. Det tas sikte på kampanjestart senhøstes 2010 eller tidlig i 2011. Kampanjen vil ha sitt utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten, men velge enkelte innsatsområder som også er relevante for kommunehelsetjenesten. Det vises til omtale i kap. 725 og kap. 732.

Utvikling av kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre

Arbeidet med indikatorer inngår i flere av de seks bærebjelkene i Nasjonal helseplan. Det er et mål å videreutvikle systemet slik at det gir et systematisk bilde av kvalitetssituasjonen i norsk helsetjeneste, knyttet til de seks internasjonalt anerkjente kjennetegnene ved kvalitet (jf. Helsedirektoratets kvalitetsstrategi):

- Virkningsfulle (fører til helsegevinst)
- Trygge og sikre (unngår uønskede hendelser)
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdige

Det er et langsiktig mål at nasjonale kvalitetsindikatorer for hvert fagfelt skal belyse alle seks målene i kvalitetsstrategien. Foreløpig er det flest indikatorer innenfor spesialisthelsetjenesten (somatisk helsetjeneste og psykisk helsevern), som viser kvalitetsaspekter knyttet til sykehusenes organisering og behandlingsprosesser. Ut fra de seks kjennetegnene ved kvalitet har vi indikatorer som belyser om tjenestene er trygge og sikre, er samordnet og preget av kontinuitet og om de utnytter ressursene på en god måte. I tillegg følges det nøye med på ventetidsutviklingen med sikte på å følge med på om helsetjenestene er tilgjengelige og rettferdig fordelt. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Helsedirektoratet har i lengre tid arbeidet med å få i drift indikatorer som viser resultat og effekt av behandling. Videreutviklingen av det nasjonale kvalitetsindikatorarbeidet forutsetter tilgang til relevante data med høy datakvalitet. Det er forventet at ikrafttredelsen av Norsk pasientregister som et personidentifiserbart register, samt satsningen på nasjonale medisinske kvalitetsregistre og øvrige sentrale helseregistre på sikt vil ha positiv effekt på utviklingen av nasjonale kvalitetsindikatorer. Det vises til omtale av Nasjonalt helseregisterprosjekt i

kap. 782 og omtale av kvalitetsindikatorer i kap. 781. Utvikling og drift av nasjonale kvalitetsindikatorer ligger i grenseland mellom forskning og kvalitetssikring. Det er under utarbeidelse et forslag om endring i taushetspliktbestemmelsene i helsepersonelloven. Forslaget innebærer at departementet får hjemmel til å fatte vedtak om dispensasjon fra taushetsplikt slik at helseopplysninger også kan brukes til kvalitetssikring av helsetjenester og ikke bare til forskning slik det er i dag. Lovforslaget legges fram for Stortinget høsten 2009.

I 2008 ble nettstedet «fritt sykehusvalg» relansert. Det er nå mer tilpasset pasienter og pårørende. I løpet av 2009 lanserer Helsedirektoratet en ny nettside rettet mot helsepersonell og ledere på ulike nivå som presenterer alle de nasjonale kvalitetsindikatorene som inngår i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet.

Årsverksvekst omsorgstjenester

Regjeringen har hatt et mål om å øke bemanningen i de kommunale omsorgstjenestene ut fra nivået i 2004 med 10 000 nye årsverk innen utgangen av 2009. For perioden 2004-2008 viser tall fra Statistisk sentralbyrå at personellinnsatsen er økt med om lag 12 500 årsverk. De reviderte SSB-tallene for 2008 viser en økning på om lag 3000 årsverk. Styrket kommuneøkonomi og kommunal prioritering av omsorgssektoren har gitt en betydelig årsverksvekst i 2006, 2007 og 2008 med til sammen om lag 14 100 nye årsverk. De nye årsverkene dekkes i følge Statistisk sentralbyrå i stor grad av fagpersonell med helse- og sosialutdanning.

Kompetanseløftet 2015

Kompetanseløftet 2015 er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan som skal bidra til å sikre tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning i omsorgstjenesten.

I tråd med avtalen som er inngått på Stortinget om konkretiseringer av Omsorgsplan 2015 har regjeringen etablert et tilskudd til fagskoleutdanning innenfor helse- og sosialfag fra 2. halvår 2009. Fagskoleutdanningen i helse- og sosialfag er et virkemiddel for å møte personellutfordringene innenfor den kommunale omsorgssektoren.

Demensplan 2015

Demensplan 2015 «Den gode dagen» bygger på kunnskap om at dagens omsorgstjeneste ikke i tilstrekkelig grad er bygget og tilrettelagt for mennesker med demens. Demensplan 2015 inneholder tre hovedsaker: økt dagaktivitetstilbud, flere tilpassede botilbud og økt kunnskap og kompetanse.

I tråd med avtalen mellom Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre om konkretiseringer av Omsorgsplan 2015 legges det til grunn at alle kommuner kan tilby tilrettelagte dagaktivitetstilbud til demente innen 2015. Veksten i kommunenes frie inntekter i 2009 ga rom for at kommunene kunne starte utbyggingen av dagtilbud for demente. Det er iverksatt over 100 modellkommuneprosjekt knyttet til utvikling av dagtilbud, etablering av pårørendeskoler og utredning og diagnostisering av demens. Videre skal alt som bygges og finansieres gjennom Husbankens nye tilskuddsordning til sykehjem og omsorgsboliger tilpasses og tilrettelegges for mennesker med demens. Det er iverksatt en rekke tiltak knyttet til informasjon, opplæring, ny kompetanse og forskning.

Gjennom strategiene og tiltakene i samhandlingsreformen vil innholdet i Demensplan 2015 utvides og konkretiseres ytterligere. Dette skal bidra til å sikre helhetlige og gode pasientforløpet til den største brukergruppen i omsorgstjenesten.

Redusert bruk av deltid

Omsorgsplan 2015 har et mål om å redusere andelen som arbeider deltid i de kommunale omsorgstjenestene. Ett av tiltakene i planen er å prioritere støtte til kommuner der den ansatte tilbys hel stilling etter fullført kvalifisering. I tillegg har Regjeringen og KS i avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten forpliktet seg til å legge til rette for å redusere bruken av deltidsstillinger i helse- og omsorgssektoren. Av årsverksveksten innenfor pleie- og omsorgssektoren er om lag 4900 årsverk knyttet til økte stillingsbrøker.

Legetjenester i sykehjem

Det er bred politisk enighet om av legetjenesten i sykehjem skal styrkes og regjeringen har i samhandlingsreformen varslet at det skal legges til rette for at den framtidige veksten i legetjenester i hovedsak skal komme i kommunene. Gjennom dette skal det gis rom for økt innsats til prioriterte grupper på fastlegens liste i tillegg til en styrking av allmennmedisinske offentlige oppgaver, med fokus på legetjenesten i sykehjem. Oppsummeringen fra kommunenes lokal behovsvurdering for legedekningen i sykehjem i 2007 viser at det planlegges en vekst i legeårsverk i sykehjem med om lag 40 pst., tilsvarende 111 årsverk, fra og med 2006. I følge tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) har

antallet legeårsverk i sykehjem økt med til sammen 18,7 pst. fra 2006-2008.

Det vises til omtale av Omsorgsplan 2015 under programkategori 10.60

Avtale mellom regjeringen og KS om kvalitetsutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Avtalen ble inngått i september 2006 og er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren, representert ved KS. Partene skal i fellesskap bidra til å bedre kvaliteten og etablere enklere ordninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Arbeidet skal forankes i nasjonale rammer, men med sterk vekt på lokale løsninger innenfor rammen av det lokale selvstyre.

Hovedstrategiene i avtalen er å sikre kapasitetsvekst og kompetanseheving og videreføre kvalitets- og effektivitetsutvikling. Eksempler på prosjekter med gode resultater er «Flink med folk i første rekke», «Samarbeid om etisk kompetanseheving» og «Aksjon Helsefagarbeider». Effektiviseringsnettverkene i KS' regi er et hjelpemiddel til styring og utvikling av kommunenes tjenester.

Tannhelse

Innen tannhelse skjer det en satsing på kvalitets- og kompetanseutvikling. Det skal etableres regionale odontologiske kompetansesentra i alle helseregioner. De vil kunne ha stor betydning både for befolkningens tilgang til spesialisttannlegetjenester og for tannlegers mulighet til å gjennomføre desentralisert spesialistutdanning. Det gis i 2009 midler til etablering og drift til kompetansesentre i alle regioner, avhengig av hvor de er i utviklingsfasen.

Kvalitetsindikatorer for tannhelsetjenesten er utarbeidet av Helsedirektoratet. Det ble publisert fem indikatorer for statistikkåret 2008 som sier noe om resultatoppnåelse i forhold til sykdomsutvikling og tilgjengelighet til tjenester. Det arbeides videre med ytterligere seks indikatorer som skal gi et mer utfyllende bilde av kvalitet i tjenesten.

Ny og kostnadskrevende metoder

Det er i dag ulik praksis mellom helseforetakene, mellom de regionale helseforetakene og mellom spesialisthelsetjenesten og øvrig helsetjeneste når det gjelder beslutningsprosesser for innføring av nye og kostbare metoder i helsetjenesten.

Departementet ga i 2008 Helsedirektoratet i oppdrag å gjennomgå beslutningsprosesser for innføring av nye og kostnadskrevende metoder. Med metoder menes både medikamenter, implantater, operasjonsmetoder, diagnostiske prosedyrer og medisinskteknisk utstyr. Helsedirektoratet har utarbeidet en rapport med forslag til håndtering av ny teknologi i spesialisthelsetjenesten. Departementet tar sikte på å følge opp saken i Nasjonal helse- og omsorgsplan som legges fram i 2010 i form av en stortingsmelding.

Private avtalespesialister

I Nasjonal helseplan (2007–2010) varslet Helse- og omsorgsdepartementet at det ville sette i gang et arbeid med sikte på å endre rammebetingelsene for avtalespesialistene.

Departementet har utredet alternative måter å organisere rammebetingelsene på. Arbeidet har foregått i kontakt med profesjonsforeningene, regionale helseforetak og Helsedirektoratet. Departementet vil sende et forslag på høring som innebærer at finansieringsansvaret for avtalespesialistene overføres til regionale helseforetak.

Fysioterapi

Stortinget har ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2008-2009) sluttet seg til å omgjøre finansieringen av den avtalebaserte fysioterapitjenesten. For å gi større samsvar mellom oppgaveansvar og finansieringsansvar ble driftstilskuddenes andel av fysioterapeutens totale omsetning øket i takstoppgjøret våren 2009. Om lag 25 pst. av omleggingen ble foretatt i dette oppgjøret.

Årsverksutviklingen for fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten er positiv. Bortsett fra reduksjon av fysioterapiårsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten viser nå kommune-stat-rapporteringen (KOSTRA) for 2008 en økning på totalt 79 rapporterte årsverk.

Forskning og innovasjon

Særskilt kompetanseoppbygging

Allmennmedisinske forskningsenheter (AFE)

Kunnskapsgrunnlaget i den praktisk utøvende allmennmedisin har stor betydning for kvaliteten på allmennlegetjenestene til befolkningen. Endringer i sykdomsbildet i befolkningen de siste tiårene, og dermed i primærhelsetjenestens oppgaver, har medført behov for ny og forskningsbasert kunnskap. En av samhandlingsreformens hovedintensjoner er å styrke de kommunale tjenestene. Et viktig ledd i dette er å styrke allmennlegetjenesten/fastlegeordningen og fastlegens rolle. For at fastlegene skal kunne være mest mulig oppdatert og deres kunnskap forskningsbasert, er det nødven-

dig med praksisnær, deriblant klinisk, allmennmedisinsk forskning. Fire allmennmedisinske forskningsenheter (AFE) med tilknytning til de medisinske fakultetene ble opprettet høsten 2006 gjennom ansettelse av forskningsledere.

Omsorgstjenesteforskning

Det er stort behov for et sterkere forskningsbasert kunnskapsgrunnlag for organisering og utforming av den kommunale omsorgstjenesten. I dag har denne delen av helsevesenet nærmere 120.000 årsverk og et driftsbudsjett på over 70 mrd. kroner. I forhold til sektorens størrelse og betydning er det gjort svært lite forskning på feltet. Forskning på omsorgstjenesten og eldres helse og levekår vil styrke grunnlaget for å planlegge, utvike, effektivisere og forbedre tjenestenes kvalitet og er nødvendig for å møte framtidas omsorgsutfordringer knyttet til nye brukergrupper, en økende aldrende befolkning og samhandling mellom tjenestenivåene. Gjennom Omsorgsplan 2015 har regjeringen de siste årene prioritert forskning om omsorg og eldres helse og levekår, med spesiell vekt på demens. Forskningsinnsatsen på dette området er styrket med til sammen 20 mill. kroner i 2007-2008.

For å styrke praksisnær forskning og utvikling og samspillet mellom profesjonsutdanningene og de kommunale omsorgstjenestene, er det i perioden 2006-2008 etablert fem nye sentre for omsorgsforskning i tilknytning til høgskoler/universitet som utdanner helse- og sosialpersonell. Sentrene vil inngå i et nettverkssamarbeid som ledes og koordineres fra Senter for omsorgsforskning ved Høgskolen på Gjøvik. Med dette er det etablert et regionalt og nasjonalt forskningsnetteverk for omsorgsforskning. Sentrene skal bidra til å styrke den praksisnære forskningen og bidra til å styrke praksis i profesjonsutdanningene, samt gjøre utdanningene mer forskningsorientert.

De nye FOU-sentrene er en del av en helhetlig styrking av forsknings- og utviklingsarbeidet innenfor denne sektoren. Det er også etablert undervisningssykehjem i alle landets fylker, som har ansvar for forskning, fagutvikling og kompetanseheving i de kommunale omsorgstjenestene. I 2009 skal det etableres undervisningshjemmetjenester i alle landets fylker etter modell fra undervisningssykehjemmene. Det vises til omtale av Omsorgsplan 2015 under programkategori 10.60.

Rusmiddelforskning

Det 5 årige rusmiddelforskningsprogram 2007-2011 i NFR i godt i gang. Forskningen som støttes involverer ulike fagdisipliner fra basal biomedisinsk forskning til behandlings- og rehabiliteringsforskning og samfunnsvitenskapelig forskning. Antall prosjekter som fikk støtte i programmet i 2008 var totalt 13 herunder 2 postdoktorprosjekt, ett doktorgradsprosjekt, 9 forskerprosjekter og en senterbevilgning. Etableringen av allmennmedisinske forskningsenheter er godt i gang, og er omtalt under kap. 762.

Forskningssamarbeid

Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning (NSG) er etablert for å sikre dialog og samordning av forskning i et nasjonalt perspektiv. Fra 2008 er gruppens medlemmer utvidet med representanter for brukerne og høyskolene. Øvrige medlemmer er de regionale helseforetakene, universitetene, Norges forskningsråd, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Kunnskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og en representant fra allmennmedisin er observatører i gruppen. Det er etablert en modell for etablering og oppfølging av felles nasjonale forskningssatsinger gjennom formaliserte forskernettverk og ansvarsforankring i regionale samarbeidsorgan mellom de regionale helseforetakene og universitetene eller Norges forskningsråd. Blant annet er alvorlige psykiske lidelser vedtatt som en ny satsing i 2009. Øvrige fagområder er nevrovitenskap og hjertekarforskning. Det vurderes også å etablere forskningssamarbeid innenfor muskel- og skjelettlidelser og helsetjenesteforskning. Nasjonal samarbeidsgruppe for forskning har også vedtatt en handlingsplan for å styrke mulighetene for gjennomføring av en kombinert spesialist- og forskerutdanning (dobbeltkompetanse) i medisin.

Utnyttelse av nasjonale fortrinn – Nasjonale helseregistre

Norsk pasientregister er nå et personidentifiserbart register på linje med andre sentrale helseregistre jf. helseregisterloven § 8 tredje ledd. Registrering av opplysninger om skader og ulykker skal inngå som en del av rapporteringen til registeret og kan bl.a. brukes til helseforskningsformål. Regjeringen har sett behov for en samlet gjennomgang av de nasjonale helseregistrene med sikte på økt utnytting, bedre kvalitet og mer sikker håndtering av data for forskning, kvalitetsforbedring og helseovervåkning. Det vises til omtale under kap. 782.

For å understøtte og bygge opp nasjonal kompetanse innen stamcelleforskning, er det etablert

et nasjonalt stamcelleforskningssenter i Helse Sør-Øst RHF ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet HF og likeledes et eget Program for stamcelleforskning (2008-2012) i regi av Norges forskningsråd.

Innovasjon

I St.meld. nr. 7 (2008-2009) *Et nyskapende og bærekraftig Norge* er innovasjon i helse- og omsorgsektoren et sentralt område. I meldingen pekes det på at større innovasjonsevne i helse- og omsorgssektoren vil gi økt verdiskaping gjennom bedre løsninger for pasientene og bedre ressursutnyttelse. I tillegg pekes det på at økt innovasjonsevne i sektoren kan gi økt privat verdiskaping i mange tilfeller.

I tråd med St.meld. nr. 7 (2008-2009) ble det i 2009 nedsatt et offentlig utvalg for å utrede og foreslå nye innovative grep og løsninger for å møte framtidas omsorgsutfordringer. Utvalget skal spesielt se på mulighetene som ligger i bruk av ny teknologi og arkitektur, og blant annet vurdere nye organisasjons- og driftsformer som styrker brukerinnflytelse og utvider samarbeidet med brukerorganisasjoner, samvirketiltak og ideelle virksomheter. Utvalget skal avgi innstilling innen 1. halvår 2011.

For å følge opp felles satsing mellom Nærings- og handelsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet på behovsdrevet innovasjon i helsesektoren, er det etablert formaliserte samarbeidsavtaler mellom InnoMed, Innovasjon Norge, Norges forskningsråd og de regionale helseforetakene samt etablert møteplasser og konferanser og utarbeidet en felles handlingsplan for innovasjon og næringsutvikling mellom de regionale helseforetakene. Satsingen skal videreføres og utvides til en tiårig satsing, som også omfatter forskningsbasert innovasjon, jf. St.meld. nr. 7 (2008-2009), Innst S. nr. 170 (2008-2009).

Ny forskningsmelding

St.meld. nr. 30(2008- 2009) *Klima for forskning* understreker behovene for et sterkere forskningsbasert kunnskapsgrunnlag for organisering og utforming av den kommunale omsorgstjenesten. Dagens kunnskapsgrunnlag er hovedsakelig erfaringsbasert og i liten grad forskningsbasert. For å møte dagens og morgendagen utfordringer og sikre et bærekraftig velferdssamfunn i framtida, er det behov for forskning, innovasjon og utviklingsarbeid som kan bidra til fornying og bedre utnyttelse av ressurser. Satsingen på helse- og medisinsk forskning videreføres fra St.meld. nr. 20 (2004-2005) *Vilje til forskning*. Samspillet mellom helseforskning i vid forstand og den bredere velferdsforskningen skal utvikles og det skal legge til rette for mer innovasjon i helse- og omsorgssektoren. Opptrapping av omsorgsforskning og aldersforskning skal også videreføres.

Måling av forskningsaktivitet

Det er utviklet et nasjonalt system for måling av forskningsaktivitet, der en måler vitenskapelige artikler og avlagte doktorgrader i regi av NIFU STEP. Dette ligger til grunn for fordeling av den resultatbaserte delen av øremerket tilskudd til forskning over kap. 732, post 78. Regionale helseforetak har etablert et felles elektronisk rapporteringssystem for forskning i helseforetakene som vil bidra til å synliggjøre forskningsaktivitet på ulike prioriterte områder. Det er etablert et system for måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene. Systemet er utviklet av de regionale helseforetakene og deretter i samarbeid med Kunnskapsdepartementet overført til det ordinære oppdraget fra Kunnskapsdepartementet til Norges forskningsråd og NIFU STEP om nasjonal forskningsstatistikk. Fra 2007 måler NIFU STEP forskning og utvikling. Helse- og omsorgsdepartementet har lagt til grunn at man må skille mellom ressursbruk til hhv. forskning og utvikling, og dette gjennomføres fra og med måling av ressursbruk til resultater i 2008.

Ny helseforskningslov og styrking av regionale forskningsetiske komiteer

Regjeringen la fram forslag til ny helseforskningslov i juni 2007, som ble vedtatt av Stortinget juni 2008. Loven trådte i kraft 1. juli 2009. Formålet med loven er å fremme god og etisk forsvarlig forskning. Den nye loven innebærer en opprydning og forenkling av regelverket for medisinsk og helsefaglig forskning samtidig som hensyn til forskningsdeltakere og personvern ivaretas. Loven stiller blant annet krav til forhåndsgodkjenning av forskningsprosjekter og forskningsdeltakers samtykke, samt krav til organisering av forskningen og til åpenhet om blant annet forskningsresultater og finansieringsforhold.

Forebygging

Forebyggende helsetjenester i kommunen

Forebygging er et viktig element i samhandlingsreformen. Med utgangspunkt i de framtidige helseutfordringene, er det behov for å styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunen. Forebygging finner sted innenfor alle samfunnssektorer og

må sees i sammenheng med kommunenes og statens generelle budsjett- og planleggingsarbeid. Det forutsettes at kommunene forankrer forebyggingsinnsatsen i kommunale planer. Det legges til grunn at kommunene selv vurderer hvordan dette skal skje, dvs. om kommunene vil inkludere forebygging i kommuneplanen eller om kommunene ønsker å utarbeide en eller flere delplaner om forebygging. Det vises til omtale av St.meld. nr. 47 (2008-2009) under programkategori 10.60.

Ny folkehelselov

Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet, jf. Ot.prp. nr. 73 (2008-2009) og Innst. O. nr. 112 (2008-2009), trer i kraft 1. januar 2010 ved gjennomføringen av forvaltningsreformen.

Den nye loven slår fast at fylkeskommunene har en viktig rolle og et ansvar i det brede folkehelsearbeidet:

- Fylkeskommunene får et ansvar for å fremme folkehelse i egen virksomhet – som tjenesteyter(den offentlige tannhelsetjenesten og videregående opplæring), i forvaltning og planlegging, og i regional utvikling.
- Fylkeskommunene får et lovpålagt ansvar for en pådriver- og samordningsfunksjon for det brede og sektorovergripende folkehelsearbeidet regionalt og lokalt med vekt på å understøtte arbeidet i kommunene. Denne funksjonen utføres i dag på frivillig basis gjennom partnerskap for folkehelse.
- For at fylkeskommunene på en god og kunnskapsbasert måte skal ivareta disse oppgavene, vil det være et krav om å ha nødvendig oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer med betydning for folkehelsearbeidet i fylket og i fylkets kommuner.

Loven vil sikre at hensyn som påvirker befolkningens helse og som kan bidra til en mer rettferdig fordeling av helse, blir underlagt politisk styring og på den måten være gjenstand for vurderinger i lys av ulike lokale utfordringer og behov. Slik samfunns- og befolkningsrettet innsats vil være et nyttig supplement til samhandlingsreformen i helsetjenesten.

Ernæringsarbeid

Handlingsplan for bedre kosthold i befolkingen (2007-2011) innebærer tiltak på arenaer som bidrar til å redusere sosiale forskjeller i kosthold og er en viktig del av folkehelsearbeidet. Tiltak er videreført for å styrke ernæringsarbeidet innenfor helsestasjoner, barnehager, skoler, men også overfor forbrukere gjennom diverse tiltak og dialog med matvarebransjen. Det er innført en felles nordisk sunnhetsmerkeordning, nøkkelhullsmerke, på mat for å gjøre det enklere å velge sunt. Ordningen er forskriftsfestet. Helsedirektoratet leder et europeisk nettverk som arbeider for å få på plass internasjonale retningslinjer for å redusere markedsføring av usunn mat og drikke overfor barn og unge. Nettverkets arbeid vil gi viktige innspill til Verdens helseorganisasjons arbeid med temaet.

Et sentralt element i samhandlingsreformen er at helsetjenesten skal forebygge mer, og ernæring er sentralt i dette. Gratis vitamin D-tilskudd til spedbarn med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn er blitt et landsomfattende tilbud. Alle fylker har deltatt i kurs om «mor-barn vennlige» helsestasjoner der amming har vært sentralt. Det er under utprøving modeller for ernæringskompetanse i kommunene. Helseforetakene er i oppdragsdokumentet for 2009 bedt om å ha fokus på ernæring i helsetjenesten.

Resultatene fra kartlegging av ernæring i sykehjem, og tilsynsrapporter fra Helsetilsynet, viste behov for bedre rutiner for å ivareta beboernes grunnleggende behov, økt kompetanse om ernæringsstatus og relevante ernæringstiltak i sykehjem. Det er utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av undernæring. Målgruppen for retningslinjene er personell og ledere både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Det er under utarbeidelse en egen veileder for ernæringsarbeid i pleie- og omsorgstjenesten.

Det vises til omtale i programkategori 10.10 Folkehelse.

Smittevern

Regjeringen la i juni 2009 fram en ny nasjonal hivstrategi *Aksept og mestring* som skal gjelde for perioden 2009-2014. Det er seks departementer som sammen står bak strategien, hvor det overordnede siktemålet er et samfunn som aksepterer og mestrer hiv på en måte som både begrenser nysmitte og gir personer som lever med hiv gode livsbetingelser. Hovedmålene i strategien er at nysmitte med hiv skal reduseres – særlig i grupper med høy sårbarhet for hiv, og at alle som er smittet av hiv skal sikres god behandling og oppfølging uansett alder, kjønn, seksuell orientering og/eller praksis, bosted, etnisk bakgrunn og egen økonomi.

Verdens helseorganisasjon (WHO) hevet 11. juni 2009 beredskapsnivået til fase seks i utviklingen av epidemien med influensa A(H1N1). Dette betyr at verden erfarer den første influensapandemien siden 1968. Norske helsemyndigheter har forberedt tiltak for å møte en pandemi, i tråd med

anbefalinger fra WHO og EU, og håndterer situasjonen i dialog med WHO og EU.

Rus

Opptrappingsplanen for rusfeltet som ble lagt fram i St.prp. nr. 1 (2007–2008), skal bidra til at mennesker med rusmiddelavhengighet tilbys den hjelp, behandling og rehabilitering de har behov for og rett til. Samtidig skal det rusforebyggende arbeidet styrkes. For personer som har rusmiddelproblemer eller er pårørende er det brukernes og pasientenes behov som må stå i sentrum. Nærhet, kvalitet og samhandling skal kjennetegne tjenestene, og pårørendeperspektivet skal styrkes i rusfeltet. Helsedirektoratet har gitt ut en statusrapport for Opptrappingsplanen, og den viser at de fleste av tiltakene er iverksatt og at gjennomføringen er i rute.

Målene og virkemidlene i St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*, er sentrale for rusfeltet. Bedre samhandling mellom tjenestene og en styrket forebyggende innsats er nødvendig for å nå målene med rusmiddelpolitikken.

Opptrappingsplanen for rusfeltet er nærmere omtalt under kap. 763.

6.5 Sterkere brukerrolle

Et sentralt punkt i Nasjonal helseplan er å legge til rette for en sterkere brukerrolle. I dette ligger virkemidler som brukererfaringer, åpenhet i informasjon, valgmuligheter og videreutvikling av brukeres posisjon overfor kommuner og helseforetak. Det er viktig og ønskelig at brukerne skal ha kunnskap om tjenestene, og at de aktivt skal medvirke og påvirke. Ved siden av at pasienten selv og deres pårørende aktivt deltar i beslutninger som omhandler egen helse, har brukerorganisasjonene en viktig rolle. Det skal legges vekt på å videreutvikle brukerorganisasjonenes rolle i utvikling av helsetjenesten.

Brukermedvirkning

Det har de senere årene vært en utvikling av brukermedvirkning på systemnivå. Som eksempel på dette har Helse- og omsorgsdepartementet opprettet et Kontaktforum for brukerne i spesialisthelsetjenesten representert ved medlemmer fra brukerorganisasjonene. Kontaktforumet skal bidra til å skape en bedre og mer helhetlig helsetjeneste for befolkningen gjennom gjensidig informasjonsutveksling, dialog med og innspill til Helse- og omsorgsdepartementet om forhold som berører brukerne av spesialisthelsetjenesten.

Regionale helseforetak er gjennom helseforetaksloven pålagt å sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester og andre tjenester som hører naturlig sammen med dette, etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter. Arbeidsforskningsinstituttet har gitt en evaluering av brukerinvolvering i helseforetakene gjennom brukerutvalg. Undersøkelsen har vist at både brukerinformanter og helseforetaksinformanter oppfatter at med brukerutvalg fikk helseforetakene tilført et alternativt perspektiv og en kunnskap helsetjenesten bare kan få tilgang til via brukerne. Brukerutvalgene har mange steder vært opptatt av sider ved helsetjenestens virksomhet som er særlig viktig for mennesker som har langvarig og hyppig kontakt med flere deler av helsetjenesten og helseapparatet. Brukerutvalgene har bidratt til at slike temaer og perspektiver er blitt satt på dagsorden i helseforetakene.

I Oppdragsdokumentet til regionale helseforetak for 2009 skal regionale helseforetak i verksette tiltak som sikrer at brukermedvirkning på systemnivå gjenspeiler befolkningssammensetningen i opptaksområdet. Om nødvendig må det legges spesielt til rette for dette sett i lys av ulikheter i språk og kultur. Videre skal det iverksettes tiltak for at alle pasienter, uavhengig av språk og kulturell bakgrunn, skal få nødvendig helsehjelp, og iverksettes tiltak for å sikre brukermedvirkning i forskning.

Psykisk helse

Sterke bruker- og pårørendeorganisasjoner, lokale brukermiljøer og reell brukermedvirkning har vært en forutsetning for å oppfylle intensjonene i opptrappingsplanen for psykisk helse. Undersøkelser tyder på at mange brukere fortsatt opplever å ha liten innflytelse på egen behandling, og at samarbeidet med pårørende ofte ikke er godt nok ivaretatt. Det er derfor behov for fortsatt å ha fokus på bruker- og mestringsperspektivet i tjenesten også etter at opptrappingsplanen er avsluttet. Det er viktig å øke brukernes kunnskap slik at de kan stille krav til tjenestene og være pådrivere i tjenesteutviklingen. Samtidig må brukerkunnskap gyldiggjøres og formidles for å bidra til reell brukermedvirkning. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (NASEP) og de regionale brukerstyrte sentrene vil sammen med brukerorganisasjonene være sentrale aktører i dette arbeidet.

6.6 Arbeid og helse

Helse- og omsorgstjenesten skal bidra til at brukere av tjenestene i størst mulig grad mestrer eget liv. Det er også viktig at enkelte ikke vil ha helse til å stå i arbeidslivet. I Nasjonal helseplan vektlegges

forebygging og rehabilitering hvor arbeidslivet, og spesielt samarbeidet mellom arbeids- og velferdsetaten helsetjenesten og arbeidslivets parter står sentralt.

Psykisk helse og arbeid

Hver tredje som er uføretrygdet og hver fjerde nye som blir uføretrygdet har en psykisk primærdiagnose. Nye mottakere av uføreytelse med lettere psykiske lidelser øker, særlig i aldergruppen 20-39 år.

Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012 ble lansert høsten 2007 for å videreføre og styrke den arbeidsrettede innsatsen i Opptrappingsplanen for psykisk helse, herunder behovet for et sterkere rehabiliteringsfokus. Planen viderefører den arbeidsrettede innsatsen i Opptrappingsplanen for psykisk helse og bygger en bro mellom arbeids- og velferdsforvaltningen og helsesektoren for mennesker med psykiske lidelser /problemer. Strategiplanen legger til rette for at mennesker med psykiske lidelser lettere skal nyttiggjøre seg sin arbeidsevne gjennom blant annet lavterskel arbeidsrettede tiltak i kommunene og ansettelse av veilednings- og oppfølgingsloser ved på NAV-kontor. Det er i 2009 ansatt 42 loser på NAV kontorene.

Det satses også på opplæringspakker på området arbeid og psykisk helse rettet mot arbeidslivet.

Styrket kompetanse

Helsedirektoratet, Høgskolen i Akershus og attføringsbedriftene viderefører tilbud om studium i ernæring, levevaner og helse, beregnet for veiledere i attføringsbedrifter, ansatte i NAV og andre med tilsvarende yrke og spesiell interesse for kosthold og levevaner. Et viktig element i kurset er også at veilederen skal vite hvilke lokale ressurser de kan henvise brukeren til. Via kompetanseprogrammet Helsefremmende arbeidsplasser er det etablert kontakt og samarbeid med noen aktører som Arbeidstilsynet, noen Fylkesmenn med mer. Første evaluering viser at programmet har effekt. Ny folder om Mat og helse i arbeidslivet er utarbeidet. Ny forskrift om arbeidsrettede tiltak (i kraft fra 1.1.2009) Kap. 3.1 åpner for å gi livsstilsveiledning som en del av arbeidsrettet rehabilitering.

Raskere tilbake

På bakgrunn av Sykefraværsutvalgets rapport 2006 ble det avsatt midler til Tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte (Raskere tilbake) fra 2007. Formålet med ordningen er å bringe sykemeldte arbeidstakere, herunder langtidssykmeldte, raskere tilbake til arbeidslivet og dermed redusere sykefraværet.

Raskere tilbake skal stimulere spesialisthelsetjenesten til å etablere nye tilbud rettet mot sykmeldte arbeidstakere samt legge til rette for at Arbeids- og velferdsetaten kan tilby tre nye tiltak; avklaring, oppfølging og arbeidsrettet rehabilitering. Tiltaket og oppfølgningen skal skje i nær dialog med arbeidsplassen, slik at tilbudet til den sykmeldte fra helsetjenesten eller fra arbeids- og velferdsetaten ses i en helhetlig sammenheng. Regionale helseforetak har opprettet en rekke tilbud, spesielt til pasienter med muskel- og skjelettlidelser som utgjør om lag 80 prosent av de henviste. Tilbudene til disse gis innenfor ortopedi, rehabilitering i sykehus, i opptreningsinstitusjon og tilbud for sammensatte lidelser.

Aktiviteten har økt gjennom hele perioden. 2007 var et oppstartsår med 8.500 henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Mange tilbud kom på plass høsten 2007 og i begynnelsen av 2008, og antall henvisninger økte til 25.000 dette året. I 2009 ligger det an til en liten økning i forhold til fjoråret. Til sammen vil bortimot 60.000 pasienter ha fått tilbud gjennom *Raskere tilbake* i spesialisthelsetjenesten ved utgangen av 2009. Det er lik fordeling mellom kjønnene. De fleste pasientene blir henvist fra ekstern instans, fortrinnsvis fra sykmeldende behandlere, ikke fra helseforetakenes egne ventelister.

7 Sosiale helseforskjeller

St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller utgjør helsedelen av regjeringens utjevningspolitikk. Det er mange årsaker til helseforskjeller, fra grunnleggende faktorer som økonomi og oppvekstvilkår, via risikofaktorer som arbeids- og bomiljø, til mer umiddelbare påvirkningsfaktorer som helseatferd og bruk av helsetjenester. Arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller vil derfor kreve langsiktig og målrettet innsats på mange områder.

Sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller, skal reduseres. Gode og trygge oppvekstvilkår for alle, rettferdig fordeling av inntekt og like muligheter til utdanning og arbeid er samfunnets beste investering for å redusere sosiale helseforskjeller.

I strategien legges det vekt på å hindre sosial utstøting av grupper som faller ut av utdanning og arbeid av helsemessige eller andre årsaker. Gode universelle ordninger er det viktigste virkemidlet for å redusere sosiale helseforskjeller, men mange grupper kan ha behov for målrettede tjenester. Universelle ordninger må derfor suppleres med individuelt tilpassede tjenester og tiltak som ivaretar dette. Brukerrettede og tilpassede offentlige tjenester er nødvendig for at alle, uansett bakgrunn og forutsetninger, skal få likeverdige tjenester.

Målene som er omtalt nedenfor er hentet fra St.meld. nr. 20 (2006–2007). Se Helsedirektoratets rapport om oppfølgingen av stortingsmeldingen for nærmere omtale av utviklingen.

7.1 Inntekt

Mål

Målene på inntektsområdet er å: 1) Redusere økonomiske forskjeller i befolkningen 2) Bekjempe fattigdom og 3) Sikre grunnleggende økonomisk trygghet for alle.

Utvikling

Den generelle utviklingen i inntektsulikhet i Norge har i perioden 2001 til 2006 blitt sterkt påvirket av tilpasning til nye skatteregler – først og fremst ved utviklingen i aksjeutbytte. Hvis en ser bort i fra effekten av denne tilpasningen, er den generelle langsiktige trenden fra 1988 frem til 2007 en svak men jevn økning i utviklingen i inntektsulikhet.

Perioden fra 1997 fram til om lag 2001 er preget av en reduksjon i tallet på personer med vedvarende lavinntekt, både ut ifra OECDs og EUs lavinntektsdefinisjon. Utviklingen etter 2001 er noe forskjellig for de to lavinntektsdefinisjonene. For EUs lavinntektsdefinisjon er utviklingen nokså stabil med små endringer i andelen personer med vedvarende lavinntekt. For OECDs metode finner vi imidlertid en økning i tallet på personer med vedvarende lavinntekt hvert år fra 2001 (1,8 pst.) og til 2004 (3,0 pst).

Virkemidler

Regjeringen har de siste fire årene bevisst arbeidet for en bedre fordeling ved å stramme inn på toppen og dele ut i bunnen av skattesystemet. Grupper med høy inntekt og formue betaler i dag relativt mer skatt enn de gjorde under Bondevik II-regjeringen, samtidig som de med lavere inntekter har fått skattelettelser. Videre har Regjeringen ført en økonomisk politikk som har bidratt til økt sysselsetting og styrket ulike offentlige velferdsordninger.

Arbeidsinntekt er nøkkelen til å bringe folk ut av en situasjon med varig lav inntekt, og et godt utbygd sikkerhetsnett er avgjørende for dem som av ulike grunner faller utenfor arbeidslivet. Dette er også hovedproblemstillinger i Fordelingsutvalgets innstilling, NOU 2009: 10. Utvalget peker blant annet på at barnehager og resten av utdanningssystemet er blant faktorene med størst innvirkning på sosiale forskjeller senere i livet.

Samtidig spiller skattesystemet en viktig omfordelingsrolle gjennom en progressiv skatt på personinntekt (toppskatt, minstefradrag og personfradrag), brede skattegrunnlag, utbytteskatt og skatt på formue (formuesskatt og arveavgift). En effektiv omfordeling via skattesystemet forutsetter at alle inntekter skattlegges. Dersom skattepliktig inntekt ikke samsvarer med faktisk inntekt, svekkes den reelle omfordelingen mellom personer på ulike inntektsnivåer. Svakt begrunnede fradragsordninger, særregler og mangelfulle skattegrunnlag vil i mange tilfeller begunstige grupper med

høye inntekter. Skatte- eller inntektsfradrag er dessuten ikke til nytte for dem med så lave inntekter at de ikke betaler skatt.

Det ble utarbeidet en egen Handlingsplan mot fattigdom som vedlegg til budsjettet for 2007. Satsingen på tiltak er videreført og forsterket på enkelte områder i 2008 og 2009. Regjeringen vil bekjempe fattigdom og redusere sosiale og økonomiske forskjeller gjennom universelle velferdsordninger, sterke fellesskapsløsninger og ved å gi alle anledning til å delta i arbeidslivet.

Ved siden av omfordelingen gjennom skattesystemet har Regjeringens økonomiske politikk i denne perioden lagt til rette for høy sysselsetting og økonomisk vekst. Arbeidsdeltakelse er viktig for å sikre velferden for den enkelte, og Regjeringen har lagt vekt på målrettede tiltak overfor grupper i arbeidsmarkedet med svakest kvalifikasjoner. Samtidig bidrar bærekraftige offentlige velferdsordninger til å sikre inntekt for dem som blir arbeidsledige eller av andre grunner faller utenfor arbeidslivet. Gode offentlige velferdsordninger er avgjørende i fordelingspolitikken og bidrar samtidig til å dempe virkningen av dramatiske svingninger i økonomien. Et eksempel på dette er satsingen på barnehager.

7.2 Oppvekst

Mål

Målene på oppvekstområdet er: 1) Full barnehagedekning og reduserte sosiale forskjeller i barnehagebruk, 2) Redusert andel elever som møter til skolestart uten tilfredsstillende språkferdigheter, 3) Redusert andel elever som går ut av grunnutdanningen med svake grunnleggende ferdigheter, 4) Redusert andel elever som ikke fullfører videregående opplæring, 5) Økt tilgjengelighet til skolehelsetjenesten, 6) Tidlig identifisering og god oppfølging av barn i risikogrupper og 7) Redusere sosiale forskjeller i barn og unges organisasjons- og kulturdeltakelse.

Utvikling

For aldersgruppen 1–5 år var dekningsgraden for andel barn i barnehage på 87,2 pst. i 2008. Tall per 20. september 2008 viste at det var 5 000 barn på venteliste til barnehageplass. Tilsvarende tall for 2007 var 9 800 barn. Det er ikke tilgjengelige data om hvor mange barn som har språkvansker i og utenfor barnehage.

Andel elever som ikke fullfører videregående opplæring, er generelt høyt og viser en klar sosial gradient. For yrkesfaglig utdanning, vil om lag halvparten av elever med foreldre som kun har grunnskoleutdanning ha sluttet underveis eller ikke ha fullført med bestått karakter. Når det gjelder grunnleggende ferdigheter, har vi data fra de nasjonale prøvene i lesing, regning og engelsk. Prøvene viser at det er en sammenheng mellom mestringsnivå og foreldrenes utdanning. 49 pst. av elevene på åttende trinn som har foreldre med kun grunnskole eller ingen fullført utdanning, presterer på laveste mestringsnivå (nivå 1 og 2), mens det bare gjelder 14 pst. av elevene som har foreldre med høyskole- eller universitetsutdanning.

De fleste barn gjennomgår helseundersøkelser før skolestart, men det antas at andelen barn som gjennomgår helsekontroller, avtar med økende alder. Det arbeides med å utvikle bedre indikatorer på tilgjengelighet til skolehelsetjeneste. Når det gjelder tidlig identifisering og oppfølging av barn i risikogruppen, kan melding til barnevernet brukes som indikator. Offisiell statistikk fra Statistisk sentralbyrå viser at kommunale tjenester, som skole og barnehage, sjelden melder bekymring til barnevernet. Kun 3 pst. av alle meldingene som fører til undersøkelse, kommer fra barnehagen.

Virkemidler

Tilskuddsordningen til barne- og ungdomstiltak i større bysamfunn er et virkemiddel for å bedre oppvekst og levekår i større bysamfunn. Ordningen skal stimulere til kommunal og frivillig samordning i den forebyggende barne- og ungdomspolitikken. Den statlige grunnstøtten til frivillige barne- og ungdomsorganisasjoner skal bidra til at like muligheter for deltakelse for alle står sentralt i støttepolitikken. Et nytt og forenklet regelverk for grunnstøtte er trådt i kraft fra tilskuddsåret 2008. Regelverket tar spesielle hensyn til minoritetsorganisasjoner og organisasjoner med begrenset rekrutteringsgrunnlag.

Det ble i 2007 etablert en arbeidsgruppe med representanter fra Barne- og likestillingsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Fellesorganisasjonen og Utdanningsforbundet, som har foreslått tiltak for å bedre samarbeidet mellom barnehage og barnevern. Arbeidsgruppens rapport fra 2008 konkluderte med forslag til virkemidler for å få til et bedre samarbeid mellom barnehage og barnevern. Som en oppfølging av rapporten utarbeidet Barne- og likestillingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet en veileder til bruk for kommunene. Det er etablert et kunnskaps- og kompetanseprogram (2007–2011) for det kommunale barnevernet i samarbeid med høyskoler og universiteter, KS og ansattes organisasjoner. Programmet ble videreført og ytterligere styrket i

2008. Målsettingen er å bedre kommunenes forutsetninger for å løse et økende antall sammensatte og komplekse barnevernssaker. Aldersgruppen 18 til 23 år som er i kontakt med barnevernet er et viktig satsingsområde for det kommunale barnevernet. I tilknytning til fattigdomssatsingen videreføres et treårig utviklingsarbeid i åtte utvalgte kommuner knyttet til ettervern av unge 18 til 23 år.

Det er et mål å bedre oppfølgingen av barn og unge som utsettes for overgrep og vold i nære relasjoner. Justis- og politidepartementet har i samarbeid med berørte departementer utarbeidet Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2008–2011 Vendepunkt, som inneholder tiltak rettet mot barn. Erfaringer fra prosjektet Barn som lever med vold i familien viser at det er et stort kunnskapsbehov i tjenester som møter barn som er utsatt for vold, overgrep og utnytting. Det er videre stor usikkerhet og variasjon i kvalitet og tilnærming med hensyn til hvordan hjelpeapparatet arbeider med slike saker. Det er behov for å formidle kunnskap om metoder for å kartlegge og avdekke vold, sikkerhetsmessige konsekvenser av å avdekke vold, voldens konsekvenser, samtaleteknikk med barn i ulike aldre, takling av krisesituasjoner osv.

Regjeringen vil gjennom opprettelse av barnehus sikre et mer helhetlig og bedre samordnet tilbud til barn som har vært utsatt for overgrep. Det er siden 2007 etablert barnehus i Bergen, Hamar, Kristiansand, Trondheim, Tromsø og Oslo. Barnehusene skal være knutepunkt mellom offentlige instanser som har oppgaver og ansvar for behandling av saker som gjelder vold og overgrep mot barn. Det er særlig viktig å etablere et tett og formalisert samarbeid mellom barnehusene og politiet. Koordinator for familievold og seksuelle overgrep vil være kontaktpunktet mellom politiet og barnehusene. Videre er det etablert samarbeid med de regionale volds- og traumesentrene i helseregionene. Regjeringen vil legge til rette for å videreutvikle det tverrsektorielle samarbeidet med sikte på videre utbygging av dette tilbudet. Politidirektoratet vil iverksette en evaluering av barnehusene.

Barn med rusmisbrukende foreldre og/eller foreldre som er psykisk syke er særlig utsatte og sårbare som gruppe. Mange av dem fanges ikke opp av hjelpeapparatet og får ikke den hjelpen de trenger. For å ivareta disse barna bedre har det vært bevilget midler til å styrke veiledning og kompetanseheving i tjenestene. Se nærmere omtale under kap. 763.

I 2009 har Helsedirektoratet i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Utdanningsdirektoratet og Politidirektoratet utviklet en veileder i tidlig intervensjon. I veilederen gir disse fire direktoratene konkrete råd om hvordan veien fra bekymring til handling kan gjøres kortere og lettere for ansatte som er i en posisjon til å se et begynnende rusproblem hos barn, ungdom og voksne. Veilederen henvender seg til medarbeidere i barnehage, skole, SFO, helsetjenesten, politiet, barnevern, familievern, NAV, fritidsklubber, krisesentre og i tjenesteapparatet for øvrig.

Det er store sosiale forskjeller i læringsutbytte, deltagelse og valg av utdanning, til tross for høy grad av formell likhet i utdanningssystemet. Mange elever og lærlinger fullfører ikke videregående opplæring. Det er mange faktorer som kan spille en viktig rolle for å bidra til gjennomføringen av videregående opplæring. Blant annet er tidlig innsats slik at elevene tilegner seg grunnleggende ferdigheter, kompetanse hos lærerne og læringsmiljøet sentrale faktorer. I tillegg er det viktig at elevene får hjelp til å foreta valg av utdanningsvei som de er fornøyde med. En god rådgivningstjeneste er et avgjørende virkemiddel for å redusere omvalg og avbrudd i videregående opplæring. St.meld. nr. 44 (2008-2009) Utdanningslinja tar for seg frafallsproblematikken. Her legges det blant annet opp til tettere oppfølging av den enkelte elev og lærling, gjennom både videreføre arbeidet med å heve kvaliteten på rådgivningstjenesten og etablere gode systemer for overføring av elevene mellom grunnskolen og videregående skole. Videre skal det gjøres forsøk med et nytt fag på ungdomstrinnet – arbeidslivsfag – i skoleåret 2009-2010. Faget skal gi elever som ønsker det, større mulighet til å prøve ut interesser for yrkesfaglig opplæring. I revidert nasjonalbudsjett for 2009 er det bevilget til sammen 35 mill. kroner til fylkeskommunene, slik at de bedre kan følge opp elever som står i fare for å slutte i videregående opplæring og til utprøving av det nye faget på ungdomstrinnet. Fra høsten 2007 ble det satt i gang et forsøk, der elevene som avslutter ungdomsskolen, skal kunne få opplæring i et planlagt toårig løp, hvor hoveddelen av opplæringen vil være praksisrettet og foregå i bedrift. Etter endt opplæring skal kandidaten ha en formell og godkjennelig kompetanse som arbeidslivet kan etterspørre. Kompetansemålene er hentet fra ordinære læreplaner, slik at praksisbrevet også skal kunne inngå i et fagbrev uten forsinkelse. Fra høsten 2008 ble forsøket utvidet fra dagens tre fylkeskommuner, slik at det er åpent for alle. Det er utarbeidet læreplaner for 16 fag. Målet er at så mange som mulig skal fortsette opplæringen, slik at de tar fullt fagbrev. Regjeringen vil arbeide for å videreutvikle praksisbrevet som en kjent grunnkompetanse.

I Soria Moria-erklæringen er det en målsetting å utvide timetallet på barnetrinnet (1.-7. trinn) til 21

timer i uken (det vil si 28 timer à 45 minutter). Regjeringen vedtok i budsjettet for 2008 å utvide timetallet på barnetrinnet med til sammen fem uketimer à 60 minutter til fagene norsk, matematikk og engelsk. I 2009 ble timetallet utvidet med 2 timer til fysisk aktivitet. Timene til fysisk aktivitet skal skoleeier planlegge ut i fra fag- og timefordelingen i likhet med opplæring i fag. En idè- og ressursbank for fysisk aktivitet vil være tilgjengelig på Skolenettet fra skolestart 2009.

Det ble gjennomført forsøk med utvidet skoledag på barnetrinnet i 11 kommuner gjennom skoleåret 2007-2008. Formålet var å høste erfaringer med styrking av fellesfagene – leksehjelp, innføring av fysisk aktivitet og skolemat i en ordinær skoledag. Et hovedmål for forsøket var å styrke kvaliteten på opplæringen for alle elevene. Evalueringen viste at skolene som har deltatt, har positive erfaringer. Skoleledere og skoleeiere så på utvidet skoledag som et tiltak for å fremme læringsmiljøet og læringsutbyttet. Regjeringen vil arbeide for en mer helhetlig skoledag for alle elever. I den helhetlige skoledagen skal tilbudet i både den obligatoriske delen og SFO styrkes. Det vil medføre nye krav til ledelse og bemanning. Utvidet skoledag vil særlig være viktig for elever som i liten grad blir fulgt opp utenom skoletiden. En utvidet skoledag er et viktig virkemiddel for å utjevne forskjeller i både læringsutbytte og helse. I 2009 er det avsatt 6 mill. kroner til nye utprøvinger av utvidet skoledag. Det ble innført gratis frukt og grønt for alle elever på alle ungdomsskoler (8.-10. trinn) og skoler med alle trinn (1.-10. trinn) fra høsten 2007. Det er nå nedfelt i opplæringsloven at elevene skal ha dette tilbudet.

For å stimulere til økt deltakelse blant grupper som er underrepresentert i kultur- og organisasjonslivet, vil ordningen med den kulturelle skolesekken og tilskuddene til kulturkort for ungdom bli videreført. I sammenheng med behandlingen av St.meld. nr. 8 (2007–2008) Kulturell skulesekk for framtida ble det vedtatt å utvide ordningen til å omfatte videregående skole over en periode på to til tre år. Prøveordningen med tilskudd til kulturkort for ungdom ble i 2008 gjennomført i fylkene Østfold, Rogaland, Aust-Agder, Vest-Agder, Buskerud, Hordaland Møre- og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Nordland. Kultur- og kirkedepartementet la i 2009 fram en stortingsmelding om bibliotek. Folkebibliotekene representerer et lavterskeltilbud på kulturmarkedet og skal nå alle grupper uavhengig av utdanning, inntekt og bolig. Ved hovedfordeling av spillemidler ble det i 2008 og 2009 satt av egne midler til aktivitetsutvikling og sosial integrasjon i idrettsalg i utvalgte bydeler i de største byene.

7.3 Arbeid og arbeidsmiljø

Mål

Målene på arbeids- og arbeidsmiljøområdet er et mer inkluderende arbeidsliv og sunnere arbeidsmiljø.

Utvikling

Ved utgangen av august 2009 var det registrert 77 109 helt arbeidsledige, mot 44 364 ved utgangen av august 2008. Det er videre verdt å merke seg at det er blant de yngste at ledigheten er størst. Aldersgruppen 20-29 utgjør om lag en tredjedel av alle ledige. Også kjønnsforskjellene er markante i denne aldersgruppen. Ledighetsraten blant menn er nesten dobbel så høy som for kvinner.

Virkemidler

Stortinget vedtok i desember 2008 et lovforslag om at dagens rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad skal erstattes av en ny midlertidig folketrygdytelse som skal hete arbeidsavklaringspenger. Det innføres også rett til arbeidsevnevurderinger og aktivitetsplaner for alle som ønsker eller trenger bistand for å komme i arbeid. Lovendringene skal etter planen tre i kraft 1. mars 2010.

Arbeidsavklaringspenger skal kunne gis til personer som på grunn av sykdom, skade eller lyte har fått sin arbeidsevne nedsatt med minst halvparten og som har behov for bistand for å bli i stand til å skaffe seg eller beholde arbeid som han eller hun kan utføre. Arbeidsavklaringspenger skal kunne gis så lenge det er påkrevd for å gjennomføre nødvendig aktivitet med sikte på å komme i arbeid, men som hovedregel ikke lenger enn fire år. Ytelsen skal være 66 pst. av mottakers pensjonsgivende inntekt før arbeidsevnen ble nedsatt. Det skal likevel være en minste årlig ytelse (for tiden 138 404 NOK). Det skal gis barnetillegg etter fast sats.

Et inkluderende arbeidsliv innebærer at forholdene på arbeidsmarkedet legges til rette for arbeidstakere som helt eller delvis ikke kan utføre sine vanlige arbeidsoppgaver og for arbeidstakere som midlertidig eller varig har fått nedsatt funksjonsevne. Arbeidet med å skape et mer inkluderende arbeidsliv må forankres på den enkelte arbeidsplass. Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv av 14. desember 2005 (IA-avtalen) og tillegg av 6. juni 2006 skal bidra til et mer inkluderende arbeidsliv til beste for den enkelte arbeidstaker, arbeidsplassen og for samfunnet.

Avtalen skal bidra til at sykefraværet og antall nye mottakere av uføreytelser reduseres. Det er videre et mål å øke rekrutteringen av personer som ikke har et arbeidsforhold til arbeidslivet.

I forbindelse med Ot.prp. nr. 6 (2006–2007) fremmet Regjeringen forslag til endringer i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven. Hensikten er å bidra til bedre tilrettelegging og oppfølging under sykdom. På bakgrunn av Sykefraværsutvalgets rapport av 6. november 2006 er det satt i verk en ordning med tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester. Tilskuddet skal gå til kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte. Formålet med ordningen er å bringe personer som mottar sykepenger raskere tilbake til arbeidslivet og dermed redusere sykefraværet. Ved utgangen av 2008 var totalt 39 600 personer henvist til ordningen, herav om lag 6600 til Arbeids- og velferdsetatens tjenester for avklaring, oppfølging og arbeidsrettet rehabilitering. Midlene er fordelt etter drøftinger med partene i arbeidslivet. I 2009 er det er stilt 464,4 mill. kroner til disposisjon under Helse- og omsorgsdepartementets budsjett og 216,5 mill. kroner er stilt til disposisjon for Arbeids- og velferdsetaten til Tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte i 2009.

Det ble i 2007 etablert et nytt kvalifiseringsprogram med en tilhørende standardisert kvalifiseringsstønad for personer med vesentlig nedsatt arbeids- og inntekstevne og med ingen eller svært begrensede ytelser til livsopphold i folketrygden. Dette gjelder særlig personer som i dagens system vil kunne bli avhengige av sosialhjelp over lengre tid. Programmet skal inneholde arbeidsrettede tiltak og arbeidssøking og kan inneholde andre tiltak som støtter opp under og forbereder den enkeltes overgang til arbeid. Det kan også settes av tid til helsehjelp, opptrening, egenaktivitet mv og det kan legges inn pauser der dette er nødvendig ut i fra den enkeltes sosiale og helsemessige situasjon.

Deltakere i kvalifiseringsprogrammet har rett til kvalifiseringsstønad, gitt som en standardisert ytelse på nivå med introduksjonsstønad, dvs. to ganger grunnbeløpet i folketrygden. Personer under 25 år får 2/3 av dette. Det er kommunen som er ansvarlig for gjennomføringen av ordningen. Forvaltningen av programmet skal i likhet med økonomisk sosialhjelp skje ved NAV-kontorene. Innfasingen av kvalifiseringsprogrammet og -stønaden skjer således i takt med etableringen av NAV-kontorer i kommunene. Det er lagt opp til at ordningen skal være landsomfattende fra 1. januar 2010. Ved utgangen av juli 2009 var ordningen tilgjengelig i 350 kommuner. Ved samme tidspunkt har det siden 1. januar 2008 vært registrert i overkant av 8 900 søknader om deltakelse, og truffet i overkant av 6 900 vedtak om innvilgelse av program. Antall deltakere ved utgangen av juli var 5 488.

Det er store forskjeller i fysiske og psykososiale arbeidsmiljøbelastninger mellom de ulike yrkesgruppene i arbeidslivet. Et viktig bidrag for å utjevne sosiale helseforskjeller er å arbeide for at alle arbeider under gode og helsefremmende arbeidsforhold. Forebyggende arbeidsmiljøtiltak og bedre tilrettelegging, særlig i yrker og på arbeidsplasser med mye ufaglært arbeid, tungt arbeid, tidspress og lav medbestemmelse over arbeidets utførelse er viktige virkemidler i denne sammenheng. Viktige virkemidler for å redusere sosiale forskjeller i helse er å videreføre og styrke arbeidet for et godt og sikkert arbeidsmiljø i bransjer med store arbeidsmiljøbelastninger. Arbeidstilsynet har derfor satt i verk nye tilsynssatsinger i bransjene helse- og sosialtjenesten, transport og forretningsmessig tjenesteyting og undervisning, renhold, detaljhandel, hotell- og restaurant og undervisning. Tilsynet gjennomførte et prosjekt i samarbeid med Arbeids- og velferdsetaten (NAV) og partene i arbeidslivet rettet mot uvalgte bransjer for å fremme inkludering og hindre sykefravær. Arbeidstilsynet har også igangsatt en satsing rettet mot å øke kunnskapen om arbeidslivets regler og sentrale betingelser for et godt arbeidsmiljø hos unge arbeidstakere og deres arbeidsgivere, slik at de unge har best mulig forutsetning for å få en god start på arbeidslivet. Et annet satsingsområde for Arbeidstilsynet er å drive offensiv informasjon rettet mot unge arbeidstakere og gjennomføre tilsyn i lærlingbedrifter og bransjer med mange unge arbeidstakere. Et annet viktig virkemiddel er bedriftshelsetjenesten, som skal bistå virksomhetene i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Regjeringen har i samarbeid med partene i arbeidslivet vurdert ordningen, og det er vedtatt at det fra 1. januar 2010 skal innføres krav om bedriftshelsetjeneste i åtte ny risikoutsatte bransjer: helse- og sosialsektoren, undervisningsbransjen, fiskeoppdrett og klekkerier, gjenvinning, vakttjenester, frisørbransjen, kraft- og vannforsyning samt tekoindustrien. Dette er risikoutsatte bransjer med store arbeidsmiljøutfordringer og belastninger, og som i stor grad preges av tidlig utstøting gjennom sykefravær og uførepensjonering. Samtidig innføres en obligatorisk godkjenningsordning som skal sørge for at bedriftshelsetjenesten har den kvaliteten og kompetansen som er nødvendig for å bidra til godt HMS-arbeid og til å forebygge utstøting i virksomhetene. Regjeringen har siden tiltredelsen høsten 2005 arbeidet systematisk med å få på plass effektive tiltak mot sosial dumping. Arbeidstilsynet er styrket, det er

etablert innsynsrett for tillitsvalgte og kommunenes og fylkeskommunenes ansvar er skjerpet. Så langt har hovedfokus vært rettet mot byggebransjen, men i handlingsplan 2 som ble fremlagt i revidert nasjonalbudsjett for 2009, er flere tiltak rettet mot andre bransjer, for eksempel hotell- og restaurantbransjen, renhold og landbruk.

Regjeringens strategiplan for arbeid og psykisk helse følges opp i 2010.

7.4 Helseatferd

Mål

Målet er reduserte sosiale forskjeller i helseatferd og omfatter kosthold, fysisk aktivitet, røyking, alkohol og andre rusmidler.

Utvikling

Siden 1999 har grønnsakforbruket på engrosnivå økt fra om lag 60 til 67 kg. og fruktforbruket fra om lag 69 til 91 kg. per innbygger per år. Omsetningen av sukkerholdig brus har økt mye siden 1970-årene. Den var på sitt høyeste nivå med 93 liter per innbygger i 1997 og har siden minket til 67 liter per innbygger i 2007. Omsetningen økte noe igjen i 2008. Forbruket av godterier har økt betydelig de siste tretti årene og var nesten 15 kg per innbygger i 2007. Andel spedbarn som fullammes ved 4 måneder er økt fra 44 pst. i 1998 til 46 pst. i 2006. Målet er at andel spedbarn som fullammes ved 4 måneders alder, skal øke fra 44 pst. til 70 pst. I dag er det store forskjeller i forhold til mors utdanningsnivå med hhv 23 pst. andel av mor med grunnskole som høyeste utdanning og 56 pst. andel av mor med universitet/høyskole utdanning som fullammes. Forekomsten av overvekt blant barn og unge synker med økende sosioøkonomisk status. For fedme er ikke tendensen like tydelig. Forekomsten av fedme blant voksne synker med høyere utdanningsnivå. Over tid har forekomsten av fedme økt både blant de med kort og lang utdanning. Vi finner de samme sosiale forskjellene i fysisk aktivitetsnivå som for kosthold. Andelen som ikke trener med høy intensitet på fritiden, er dobbelt så stor blant 40-45 åringer med grunnskole som høyeste fullførte utdanning sammenlignet med de som har minst 4 års høyskole- eller universitetsutdanning. Dersom all fysisk aktivitet med moderat intensitet brukes som indikator, finner vi fremdeles en sosial gradient selv om den er svakere. Tilsvarende finner vi en sosial gradient i andelen ungdom som oppgir at de er fysisk aktive minst 60 minutter per dag.

I 2008 røykte om lag 21 pst. daglig – det tilsvarer over 800 000 mennesker. Det er tre ganger så mange som røyker blant dem med ungdomsskole som høyeste utdanning, sammenliknet med dem med universitets- eller høgskoleutdanning. Blant unge (16–24 år) gikk andelen som røykte daglig, ned fra 16 pst. i 2007 til 15 pst. i 2008. På ti år er andelen mer enn halvert. Alkoholforbruket blant ungdom økte kraftig fra 1993 til 2003, men har gått noe tilbake de senere årene. Den største nedgangen ser man blant gutter. Andelen gutter som oppgir å ha vært beruset minst en gang, er høyere i gruppen med lav og middels sosial status enn i gruppen med høy sosial status. Andelen jenter som oppgir å ha vært beruset minst en gang, er derimot minst i gruppen med middels sosial status og omtrent på samme nivå i gruppene med lav og høy sosial status.

Virkemidler

I Oslo kommune ble det i 2007 satt i gang en 10-årig intensjonsavtale om et samarbeid for å bedre miljø- og leveforholdene for befolkningen i Groruddalen. Samme år ble det igangsatt en områdebasert satsing på lavterskeltiltak i flere bydeler i Groruddalen. Satsingen ble videreført i 2008 og styrket gjennom en tilsvarende satsing i bydel Søndre Nordstrand. Satsingen er et ledd i Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen, og siktemålet er å styrke innvandrerbefolkningens helse gjennom tiltak som fremmer fysisk aktivitet, gode kostvaner og sunn livsstil, herunder god tannhelse. Ett av målene er at helsetilstanden for befolkningen i Groruddalen ikke skal skille seg vesentlig fra Oslo-gjennomsnittet. Groruddalssatsingen har gitt muligheten til å prøve ut nye tiltak for å møte spesielle helseutfordringer rettet mot innvandrerbefolkningen, som kan gi nyttige nasjonale overføringsverdier. I 2009 mottok ulike helseutjevnende tiltak, som f. eks. «Jeg KAN (Kosthold/Aktitivtet/Norsk)», Stork Grorruddalen» rettet mot gravide og ulike forbyggende helse/livsstiltiltak, 4,5 mill. kroner over Groruddalssatsingen. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å følge opp satsingen i samarbeid med Oslo kommune og bydelene. Satsingen omfatter flere delprosjekter som bygger på kunnskap og erfaringer fra bl.a. MoRo-prosjektet i bydel Romsås og på initiativ fra samarbeidende bydeler. Tiltak rettes mot risikogrupper i innvandrerbefolkningen. I tillegg ble det i 2008 fordelt 7 mill. kroner til 7 fylker til utvikling og tilrettelegging av lavterskeltiltak innen fysisk aktivitet og kosthold med sikte på sosial utjevning og inkludering av minoritetsgrupper. I 2009 er 5 nye fylker inkludert i en utvidet satsing på lavterskeltilbud. Se nærmere omtale under kap. 719, post 60.

Føringene for ernæringsarbeidet er lagt i Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011). Det legges vekt på å redusere sosiale forskjeller i kosthold. Det er i 2009 lansert en felles nordisk frivillig sunnhetsmerkeordning på mat, Nøkkelhullet, som skal gjøre det enklere å velge sunt uavhengig av språkbakgrunn og bakgrunnskunnskaper om ernæring. Ordningen er forskriftsfestet. I 2007 ble avgiften på alkoholfrie drikkevarer lagt om slik at avgiftsplikten omfatter drikkevarer som er tilsatt sukker eller søtstoff. Drikkevarer uten tilsatt sukker/søtstoff, f.eks. farris, juice og lignende avgiftslegges ikke. Avgiften økte fra 1. januar 2009 med om lag 60 prosent. Gratis D-vitamin dråper til spedbarn med ikkevestlig innvandrerbakgrunn ble landsdekkende i 2009 og det er utgitt informasjonsbrosjyre på flere språk. Se nærmere omtale av handlingsplanen under kap. 711.

Det er lange tradisjoner for å ta i bruk avgifter og tiltak for å redusere tilgjengelighet både i det tobakksforebyggende arbeid og i alkoholpolitikken. Det er i 2009 vedtatt forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer på utsalgssteder. Et slikt forbud er ventet å redusere tobakkpakkenes reklameeffekt. Dette vil kunne ha betydning for impulskjøp og nyrekruttering, og hindre tilbakefall blant forhenværende røykere. I tillegg er det 24. september 2009 fastsatt en forskrift om innføring av bildeadvarsler på tobakkspakkene. Forskriften trer i kraft 1. januar 2010. Sterke helseadvarsler treffer hele målgruppen, og bilder fungerer uavhengig av språk.

Tiltak for å redusere rusmiddelbruk er viktig for å bedre sosiale levekår og redusere sosiale helseforskjeller. Dette er også understreket i Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet. Rusmiddelproblemer fører til at mange faller ut av arbeidslivet, og rusforebygging er derfor også viktig i et fattigdomsperspektiv. Å styrke rusforebyggingen i arbeidslivet er et viktig delmål i opptrappingsplanen. Arbeidsliv og rus er også et prioritert tema både i programplanen for rusmiddelforskningsprogrammet i Norges forskningsråd og for Statens institutt for rusmiddelforskning (Sirus).

7.5 Helsetjenester

Mål

Målet er likeverdige helse- og omsorgstjenester både med hensyn til tilgjengelighet, bruk og resultat. Delmålene omfatter 1) Styrket kunnskap om sosiale forskjeller i bruk av helsetjenester og 2) Styrket kunnskap om forhold som bidrar til sosiale forskjeller i bruk av helsetjenester og forhold som kan motvirke slike skjevheter.

Utvikling

Vi har i dag lite tilgjenglig kunnskap om eventuelle sosiale forskjeller i tilgjengelighet til helsetjenester. Statistisk sentralbyrå har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet analysert om det er systematiske forskjeller i bruk av helsetjenester etter utdanning, yrke og/eller inntekt i den norske befolkning med utgangspunkt i datamaterialet fra helse- og levekårsundersøkelsene. Rapporten avdekker noen sosiale forskjeller i bruk av enkelte typer primærhelsetjenester og i bruk av spesialisthelsetjenester for enkelte aldersgrupper. Hovedinntrykket er at i den grad det avdekkes slike forskjeller, så følger de en sosial gradient. Det vil si at andelen som bruker ulike helsetjenester øker med stigende utdanning, inntekt i grupper med samme behov for helsetjenester. Den sosiale gradienten er sterkere blant menn enn blant kvinner.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utført en kartlegging og vurdering av eventuelle sosiale ulikheter i tilgangen til legemidler på blå resept. Hovedkonklusjonen i rapporten er at det ikke er grunnlag for å hevde at blåreseptordningen skaper ulikhet i tilgang til legemidler avhengig av pasientenes sosiale eller økonomiske status. I undersøkelsen ble det også gjort separate analyser for bl.a. legemidler ved kronisk obstruktivlungesykdom (kols) og diabetes. Blant kols-pasientene avtok andelen som fikk individuell refusjon med økende utdanning/inntekt. I diabetesgruppen, som er en relativ liten undergruppe totalt sett, var tendensen at andelen som fikk individuell refusjon økte med økende utdanning/inntekt. Selv om undersøkelsen indikerer sosiale og geografiske forskjeller i bruk av legemidler mot kols og diabetes, mener Folkehelseinstituttet at dette ikke nødvendigvis skyldes ordningen med individuell refusjon.

Virkemidler

Siden kunnskapsgrunnlaget på dette området er relativt begrenset, er mange av tiltakene knyttet til å styrke kunnskapsgrunnlaget. Det er blant annet bakgrunnen for oppdragene til Statistisk sentralbyrå og Nasjonalt folkehelseinstitutt som er referert over.

Med utgangspunkt i Nasjonal helseplan 2007–2010 er det startet et arbeid med å fastsette nasjonale indikatorer som måler kvalitet, ytelse og effekt av helsetjenester ut fra et sett internasjonale kvalitetskriterier. Det er en målsetting å utvikle indikatorer skal si noe om tilgangen til helsetjenester og ulikheter på tvers av faktorer som bl.a. fagfelt, kjønn, alder og geografiske områder – målt med utgangspunkt i hele befolkningen.

Arbeidet med å skape et bedre lokalbasert tilbud om psykiske helsetjenester videreføres etter opptrappingsplanen, jf. nærmere omtale under kap. 764 og kap 732. Sentrale mål i Opptrappingsplan for rusfeltet er å styrke folkehelsearbeidet og å øke kapasitet og kvalitet i tjenesteapparat på begge nivåer, jf. nærmere omtale under kap. 763.

Regjeringen la i 2008 fram Handlingsplan for bedre livskvalitet for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (2009–2012). Handlingsplanens overordnede mål er fjerne diskriminering. Planen er tverrsektoriell og inneholder tiltak som skal bidra til å styrke kunnskapen om lesbiske, homofile, bifile og transpersoner sin situasjon og bidra til likeverdige helse- og omsorgstjenester.

St.meld. nr. 35 (2006–2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – framtidas tannhelsetjenester ble behandlet i Stortinget 7. mars 2008. I denne meldingen legger regjeringen fram forslag til en helhetlig politikk for tannhelsetjenester til befolkningen. Det overordnede målet er utjevning av sosiale forskjeller i tannhelse. Likeverdighet i tjenester og bedre tilgjengelighet for dem som trenger det mest, forutsetter at vi har god kunnskap om ulikheter og hvordan ulikhetene gir seg utslag for den enkelte. Videre forutsetter det tilstrekkelig med kvalifisert personell i hele landet. Offentlig finansiering i kombinasjon med lavterskeltilbud og oppsøkende virksomhet kan også være avgjørende for et likeverdig tilbud.

7.6 Sosial inkludering

Mål

Målet er å bedre levekårene for de vanskeligst stilte. Dette målet omfatter delmålene 1) Redusert andel voksne med svake grunnleggende ferdigheter i skolen, 2) Gi flere mulighet til å komme i arbeid, 3) Avskaffe bostedsløshet, 4) Bedret tilgjengelighet til og styrking av helse – og omsorgstjenester for utsatte grupper, 5) Reduserte levekårsforskjeller mellom geografiske områder.

Utvikling

Det finnes per i dag ingen god oversikt over hvor stor andel av voksenbefolkningen som mangler kompetanse på grunnskolenivå eller tilsvarende grunnleggende ferdigheter etter Kunnskapsløftet, og dermed ikke hvor stor andel deltakere i voksenopplæring utgjør av voksne med kompetansebehov. Det er behov for å utvikle bedre statistikk på dette området. Utdanningsdirektoratet er inne i en prosess med å utvikle indikatorer i sammenheng med videreutvikling av Nasjonalt kvalitetsvurderingssystem.

38 pst. av innsatte i norske fengsler har grunnskole som høyeste fullførte utdanningsnivå, mot 19,5 pst. i befolkningen for øvrig. 7,2 pst. av de innsatte har ikke fullført grunnskolen, og 83,7 pst. av de innsatte under 25 år i norske fengsel har ikke fullført videregående opplæring. Over halvparten av de innsatte ønsker utdanning. Over en tredjedel av de innsatte rapporterer om lese- eller skrivevansker.

Det vil fra 2010 foreligge data om antall/andel personer med redusert arbeidsevne som går fra arbeidsrettede tiltak og over i arbeid og om deltakere i kvalifiseringsprogram.

En ny kartlegging har vist at om lag 6100 personer var bostedsløse i uke 48 i 2008 (NIBR rapport 2009:17). Dette er 600 flere enn på samme tid i 2005. Kartleggingen viser videre en stor andel bostedsløse med rusmiddelmisbruk, psykisk sykdom og/eller dårlig økonomi.

Det er til dels store regionale variasjoner i gjennomsnittlig ventetid for tverrfaglig spesialisert behandling. Gjennomsnittlig ventetid var lengst i Helse Nord med 133 dager, mens den var lavest i Helse Sør-Øst med 65 dager i 2008. At gjennomsnittlig ventetid i Helse Sør-Øst er lavere enn i de andre regionene, skyldes i stor grad kort ventetid ved akuttinstitusjonene Storgata og Montebello. Dette er basert på data fra Norsk pasientregister (NPR). Data fra NPR viser også en økning i gjennomsnittlig ventetid til behandling i Helse Sør-Øst og Helse Nord med hhv. ni og fire dager. I Helse Vest og Helse Midt-Norge var det en nedgang i gjennomsnittlig ventetid på hhv. åtte og to dager fra 2007 til 2008. Fra 1. september 2008 ble det innført en ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser og /eller rusmiddelavhengighet. Denne garantien innebærer at ingen skal måtte vente lenger enn 10 virkedager for å få vurdert deres behov for rett til nødvendig helsehjelp. I tillegg skal ingen måtte vente lenger enn 65 virkedager før behandling senest er iverksatt, dersom rett til nødvendig helsehjelp er blitt gitt. Data over pasienter innenfor rusomsorgen med individuell plan vil etter planen foreligge i 2010.

Virkemidler

Utdanning har en tydelig sammenheng med levekår. Svake grunnleggende ferdigheter og manglende grunnutdanning øker sjansen for å falle ut av arbeidslivet. Det er derfor et mål å løfte kunnskapsnivået for dem som trenger det mest. Motivasjon, god veiledning, finansiering av livsopphold under utdanning og fleksible ordninger for læring

både innenfor og utenfor utdanningssystemet er viktige faktorer. Regjeringen vil i 2010 videreføre Program for basiskompetanse i arbeidslivet (BKA) for å styrke voksnes lese-, skive-, regne- og IKT-ferdigheter.

I 2008 og 2009 videreførte og styrket Regjeringen innsatsen for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen. Det ble satt inn ekstra ressurser til bl.a. styrking og forbedring av norskopplæringen, utvidelse av ordningen med gratis kjernetid og innsats mot tvangsekteskap.

Husbankens viktigste oppgave er å bidra til å forebygge og bekjempe bostedsløshet. Tiltak som støtter dette målet har første prioritet innenfor alle låne- og tilskuddsordningene som Husbanken forvalter. De viktigste tiltakene som er gjennomført i 2009, er styrking av bostøtten som innebærer at 50 000 flere husstander nå kan motta bostøtte. Dette er et tiltak som sikrer at flere enslige og barnefamilier kommer inn i ordningen. Videre er det satt mål om 3000 nye utleieboliger i 2009 ved styrking av boligtilskuddet. Resultatene fra kartleggingen av bostedsløse vil danne et viktig grunnlag for det videre arbeidet med bostedsløshet i 2010.

85 kommuner har inngått samarbeidsavtaler med lokale fengsler om hjelp til bolig ved løslatelse. Husbanken har gitt tilskudd til 7 boligkonsulenter i kriminalomsorgen. Planleggingen med å skaffe bolig starter tidligere enn før, slik at flere innsatte vil kunne få en varig bolig ved løslatelse fra fengsel.

Fylkesmannen i Hordaland har fått i oppgave å etablere to prosjekter som tar sikte på å redusere tilbakefall til kriminalitet, etter modell av et svensk samarbeidsprosjekt. Prosjektet som har fått navnet *Tilbakeføring gjennom utdanning og arbeid* og blir gjennomført i Troms og i Rogaland. Deltagerne får hjelp til å finne bosted, arbeid eller utdanning og styrking av det sosiale nettverket. Erfaringen fra samarbeidsprosjektene vil bli trukket inn i arbeidet med tilbakeføringsgarantien, og det vil være behov for et nært samarbeid mellom kriminalomsorgen og andre tjenester.

Utdanning er av de mest effektive tiltakene for å forebygge tilbakefall til kriminalitet. Undervisningstilbudet i fengslene er derfor blitt betydelig styrket de siste årene. Det er nå etablert et skoletilbud i alle norske fengsler, der det skal være et skoletilbud. På oppdrag fra Fylkesmannen i Hordaland har Universitetet i Bergen (UiB) gjennomført et pilotprosjekt om lese- og skrivevansker blant innsatte i Bergen fengsel. Fylkesmannen i Hordaland i samarbeid med UiB skal i 2009 gjennomføre en ny kartlegging av utdanningsbakgrunnen blant innsatte i norske fengsel. Kartleggingene skal brukes som grunnlag for å tilpasse opplæringstilbudene til målgruppen.

I St.meld. nr. 26 (2008-2009) *Om offentleg rettshjelp er det foreslått å etablere en prøveordning før førstelinjetjeneste for rettshjelp*. Som et element i Regjeringens strategi for forebygging — felleskap — trygghet og utjevning la Justisdepartementet i august 2009 frem en handlingsplan for kriminalitetsforebygging.

Fengselspopulasjonen i norske fengsler har til dels omfattende rusmiddelproblem. I tillegg har en betydelig andel også psykiske problemer/lidelser. Det er arbeidet med å få på plass individuell plan som verktøy for innsatte med behov for langvarige og samordnede tjenester. Samarbeidet med andre aktører (spesialisthelsetjeneste innefor psykisk helsevern og rus, kriminalomsorgen, sosialtjenesten i kommunene og NAV) er videreutviklet bl.a. gjennom etablering av en helsefaglig ressursgruppe som skal utvides til også å omfatte representanter for sosialtjenesten. De fleste fengsler har satt i gang med legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Det er forutsatt at det skal opprettes avtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten om tilbud av tjenester overfor de innsatte. Formålet er å styrke samhandlingen og tydeliggjøre ansvaret for tjenestene. Det er etablert samarbeid mellom NAV-kontorer og noen større fengsler.

Kriminalomsorgen har nylig utarbeidet en helhetlig strategi for å motvirke rusmiddelmisbruk i fengslene for perioden 2008–2011 som skal sikre bedre rehabilitering og behandling av innsatte og domfelte rusmisbrukere. I 2007 ble det etablert rusmestringsenheter i Bodø, Stavanger og Ravneberget og Sarpsborg fengsler. Rusmestringsenhetene er etablert for rusmiddelavhengige i fengsler og som er vurdert å ha rett til nødvendig helsehjelp for sin rusmiddelavhengighet. Dette vil gi bedre tilgang til helsetjenestene for en gruppe innsatte med særlig behov for tett oppfølging og for rehabilitering. Helsetjenestetilbud til innsatte er styrket i tråd med økningen i antall nye fengselsplasser. Det vil i løpet av 2009 blir etablert 6 nye rusmestringsenheter i 2009. Samtidig legges det opp til økt bruk av overføring til fortsatt straffegjennomføring utenfor fengsel etter straffegjennomføringsloven § 12 (behandlings- eller omsorgsinstitusjon). Videre er det i 2009 etablert et tilbud om behandling til kvinnelige innsatte med rusproblemer og voldserfaringer ved Bredtveit fengsel etter modell fra Stifinnern ved Oslo fengsel. Promilleprogrammet skal utvides til å omfatte andre rusmidler enn alkohol. Den treårige prøveordningen med straffereaksjonen Narkotikaprogram med domstolskontroll vil bli forlenget til 2011. Etter oppdrag fra daværende Helsedepartementet og i samarbeid med Oslo kommune etablerte Frelses-

armeen i 2005 Gatehospitalet som et treårig prosjekt. Regjeringen viderefører tilskuddet til Gatehospitalet i 2009 og bidrar til at tilbudet utvides med en egen avdeling for kvinner. Erfaringene fra Gatehospitalet skal bidra til å utvikle pleie- og omsorgstjenestene slik at de i større grad når rusmiddelavhengige.

Ordningen med lavterskel helsetiltak for rusmiddelavhengige er opprettet for å gi et helsetilbud til rusmiddelavhengige med store helseproblemer, og som ikke klarer å bruke det ordinære helsetilbudet. Tiltakene skal gjennom å tilby helsetjenester og tannhelsetiltak, sprøyteutdeling, matservering, væresteder og oppsøkende virksomhet, bedre livssituasjonen og redusere faren for overdoser. Tiltakene skal også være bindeledd og bidra til at ordinære tjenester benyttes i større grad. Det gis tilskudd til kommuner der mange har omfattende rus og helseproblemer, og der forekomsten av overdoser er høy. Det er etablert tiltak i 34 kommuner. Sintef Helse har evaluert ordningen med lavterskel helsetiltak. Rapporten viser at tiltakene når målgruppen og bidrar til bedre helse og skadereduksjon samt kontakt med hjelpeapparatet. Sprøyteutdeling og matservering er tiltak som gjør at mange benytter tiltakene ofte, og om lag 70 pst. av registrerte brukere benytter tiltaket 1–2 ganger i uken eller hyppigere. Som del av utviklingsarbeidet skal erfaringene med lavterskel helsetiltak og lavterskelmetoden spres til andre kommuner. Det er også nødvendig å opprettholde satsingen på smittevern og forebygging av sykdommer som hepatitt og hiv blant injiserende rusmiddelavhengige.

For å styrke deltakelse og tilhørighet i nærmiljøet, er det opprettet en rekke nye frivillighetssentraler. Frifond ble i 2008 styrket med 4,4 mill. kroner for å stimulere til aktivitet og deltakelse for barn og unge i frivillig lokalt basert arbeid. Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner og Frivillighet Norge fikk i 2008 tilskudd til prosjektlederstillinger for å bidra til økt etnisk mangfold i de frivillige organisasjonene.

7.7 Rapportering

Utviklingen på innsatsområdene i stortingsmeldingen skal følges gjennom et rapporteringssystem som skal gi systematisk og oppdatert oversikt over utviklingen av arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller. Det er etablert et interdepartementalt samarbeid om utvikling av denne rapporteringen. Helsedirektoratet er tillagt ansvaret for utviklingsarbeidet i nært samarbeid med aktuelle fagdirektorater og fagmiljøer. Direktoratet skal utgi en årlig rapport basert på rapporteringssystemet. Den første rapporten utgis høsten 2009.

7.8 Sektorovergripende verktøy

Kommunehelseprofiler skal gjøre data om faktorer som påvirker helsen, data om helsetilstand og data om helsetjenester mer tilgjengelig for kommunene. Dette vil gi et bedre og mer faktabasert grunnlag for kommunens planlegging, styring og evaluering av arbeidet for å styrke folkehelsen og helsetjenestetilbudet. En slik oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer er nødvendig for å ivareta folkehelse i kommunale plan- og beslutningsprosesser. Arbeidet utføres av Helsedirektoratet i samarbeid med Statistisk sentralbyrå og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Nettportalen for kommunehelseprofiler åpnet i august 2006. I 2009 arbeides det med å utvikle flere indikatorer med vekt på forhold som påvirker helsen.

Basert på utredningene fra planlovutvalget og høringen av disse utarbeidet Miljøverndepartementet et forslag til ny plandel i plan- og bygningsloven som ble vedtatt av Stortinget 5. juni 2008. I tillegg til miljø, samfunnssikkerhet og barn og unges oppvekstmiljø er helse blant de hensynene som har fått sterkere fokus. I lovens kapittel 3 går det fram at planleggingen skal ivareta hensynet til befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller. De nye planbestemmelsene understøtter den sektorovergripende planleggingen i fylker og kommuner. Loven legger opp til et samarbeid mellom de ulike kommunale sektorene i planprosessene som vil kunne bidra til at lokalsamfunn mv. utformes eventuelt forbedres slik at sosiale helseforskjeller kan forebygges. Planbestemmelsene vil også bli et viktig verktøy for planlegging av kommunale helse- og sosialtjenester.

7.9 Kunnskapsutvikling

Regjeringen etablerte fra 2007 en ny og helhetlig satsing på forskning om sykefravær og utstøting gjennom Program for forskning om årsaker til sykefravær, uførhet og utstøting (2007–2016) i regi av Norges forskningsråd. Forskningsprogrammet skal bidra til bedre kunnskap om årsakene til sykefravær, uførhet og utstøting fra arbeidslivet. Folkehelseprogrammet i Norges forskningsråd skal bidra til å øke kunnskapen om helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak. Prioriterte områder er fysisk aktivitet, kosthold, psykisk helse og sosial ulikhet i helse. Forskningsrådet skal legge spesiell vekt på prosjekter som inkluderer problemstillinger knyttet til sosial ulikhet i helse og oppfølging av Handlingsplan for bedre kosthold i befolknin-

gen 2007–2011. Program for helse- og omsorgstjenester i Norges forskningsråd skal stimulere til utvikling av relevant ny kunnskap om helse- og omsorgstjenesten. Forskningsrådet skal legge vekt på prosjekter som inkluderer problemstillinger knyttet til sosial ulikhet i tilgjengelighet, bruk og resultat av helse- og omsorgstjenesten.

Ved Nasjonalt folkehelseinstitutt er forskning og helseovervåkning en vesentlig del av virksomheten. Instituttet har igangsatt et arbeid med å lage et presentasjonssystem for å overvåke sosiale helseforskjeller. Overvåkingssystemet vil inneholde tekst og tall på indikatorer som er viktige i et overvåkingsperspektiv. I 2009 har instituttet laget en rapport om sosiale forskjeller i skader og ulykker i Norge og Norden. Sosiale helseforskjeller inngår som ett av ti temaområder i forskningsstrategien til Divisjon for epidemiologi for perioden 2009-2013. I denne perioden har divisjonen som mål å:

- Beskrive sosiale forskjeller i sykelighet og dødelighet gjennom tidsperioder
- Beskrive sosiale forskjeller i helsetilstander som er forbundet med særlig nedsatt livskvalitet
- Beskrive sosiale forskjeller i bruk av helsetjenester
- Beskrive sosiale forskjeller i helserelatert atferd og i forekomst av sykdomsfremkallende og sykdomsbeskyttende eksponeringer
- Forstå hvordan sosiale helseforskjeller oppstår ved å følge familier over generasjoner og søsken gjennom lange tidsperioder

Flere forskningsprosjekter er igangsatt, for eksempel analyser av sosiale forskjeller i dødelighet i ulike aldersgrupper over tid.

8 Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008

8.1 Overordnede mål og føringer. Måltall

Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 ble lagt frem i St.prp. nr. 63 (1997-1998) på bakgrunn av Stortingets behandling av St.meld. nr. 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet. Målet var å bedre tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Dette skulle gjøres gjennom å bygge opp kommunale tjenester til mennesker med psykiske problemer og lidelser, en omfattende omstrukturering og tilføring av ressurser til det psykiske helsevernet og en sterk økning i personell, herunder leger, psykologer og høyskoleutdannet helse- og sosialpersonell. Det var klare forventninger om at tilgjengelighet og kvalitet på tjenesten skulle bedres.

De sentrale målsetninger for Opptrappingsplanen bygger på St.meld. nr. 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet og Stortingets føringer i Innst. S. nr. 258 (1996-1997). Målsetningene er videre presisert i St.prp. nr. 63 (1997-1998) Om opptrappingsplanen for psykisk helse, Innst. S. nr. 222 (1997-1998), samt årlige budsjettdokumenter gjennom planperioden.

I sin innstilling til St.meld. nr. 25 (1996-1997) understreket Sosialkomiteen at målet med tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser må være å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Formuleringen har ligget til grunn for arbeidet gjennom hele planperioden, og er fortsatt førende for regjeringens satsing på psykisk helse. St.meld. nr. 25 (1996-1997) ga videre en oversikt over status for tjenestene og utfordringene på feltet, og fastslo behovet for å utvikle tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Et sett overordnede prinsipper som skulle ligge til grunn for arbeidet med utvikling av tjenestene ble trukket opp og videreført i opptrappingsplanen:

- forebygging der dette er mulig, og i hvert fall å søke å påvirke forløp, alvorlighetsgrad og konsekvenser
- ansvaret for tjenestene skal følge øvrig ansvarsfordeling innen helse- og sosialtjenesten
- pasienten først, – brukernes behov skal avgjøre hvilket tilbud som skal gis ut fra et helhetlig menneskesyn
- mest mulig frivillighet, – behandlingen må gis i mest mulig åpne, normaliserte og frivillige former
- mest mulig normalt liv, – velferd, økt livskvalitet og deltakelse i samfunnslivet gjennom uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv

Gjennomføringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse innebar ingen endring mht. ansvarsdelingen mellom de ulike nivåene i helsesektoren eller i andre berørte sektorer. Opptrappingsplanen innebar at staten gjennom ulike virkemidler og tiltak styrket tjenester på kommunalt nivå og innen spesialisthelsetjenesten i et nærmere definert økonomisk omfang. Dette omfanget ble fastlagt i form av kvantitative måltall. Måltallene var primært økonomiske størrelser som uttrykte omfanget av de statlige bevilgningene til ulike formål (se avsnitt 8.12 for en samlet oversikt) samt tall for ressursinnsats (årsverk) og tjenesteproduksjon. Det var kommunenes og spesialisthelsetjenestens oppgave å nytte tilskuddene med sikte på å oppfylle måltallene for årsverk og tjenesteproduksjon.

De økonomiske konsekvensene av å gjennomføre hvert enkelt måltall ble kostnadsberegnet. Summen av kostnadene utgjorde de økonomiske måltallene, dvs. de økonomiske rammene for planen. I opptrappingsplanen ble det dessuten understreket at nivået for ulike deler av Opptrappingsplanen ikke bare kunne baseres på tallfestede beregninger, men også måtte være et uttrykk for et politisk ambisjonsnivå.

Med utgangspunkt i overordnede målsetninger og prinsipper ble det i opptrappingsplanen lagt opp til følgende grupper av tiltak, jf. Innst. S. nr. 258 (1996-1997):

- styrke brukerrettede tiltak
- styrke tilbudet i kommunene med vekt på forebygging og tidlig hjelp
- omstrukturere og bygge ut voksenpsykiatrien, – satse på kommunenære tiltak som distriktspsykiatriske sentre (DPS'er)
- bygge ut barne- og ungdomspsykiatrien
- stimulere utdanning og forskning

Utvidelse av planperioden

Stortinget ba Regjeringen i 2003 vurdere en utvidelse av planperioden. En gjennomgang av status for planen, samt tilbakemeldinger fra brukerorganisasjoner og fagmiljøer dokumenterte behovet for en utvidelse. Planen med utvidet med to år, der følgende områder skulle prioriteres:

- Barn og unge (jf. regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse)
- Økt innsats i kommunene – videreutvikle lokale tjenester og utbygging av tilrettelagte boliger
- Kultur- og holdningsendringer i tjenesteapparatet med vekt på brukerperspektiv og mestring
- Omstille spesialisthelsetjenesten med videre utvikling av distriktspsykiatriske sentre og bedre akuttfunksjoner
- Arbeid og sysselsetting i samarbeid med Aetat, trygdeetat og kommunene (NAV)
- Bedre tilbud til særskilte grupper, bl.a. mennesker med rus- og psykiske problemer (dobbeltdiagnose), spiseforstyrrelser, eldre med psykiske lidelser, ofre for vold og traumatisk stress og selvmordsutsatte.

Revisjon og tilsyn av tjenestene

Riksrevisjonens revisjoner av tjenestene i løpet av Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008).

Riksrevisjonene har gjennomført tre forvaltningsrevisjoner av de psykiske helsetjenestene i løpet av Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008):

- Riksrevisjonens undersøkelse av psykisk helsevern – opptrappingsplanen 1999–2006 (Dokument nr. 3:5 (2002–2003))
- Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer (Dokument nr. 3:7 (2006-2007))
- Riksrevisjonens undersøking av spesialisthelsetenesta sitt tilbod til vaksne med psykiske problem (Dokument nr. 3:5 (2008-2009))

Rapportene inneholder funn som har vært viktige for videre utvikling av tjenestene og underbygger spesielt behovet for å få til god og forpliktende samhandlingspraksis mellom de helsetjenester som yter hjelp til mennesker med psykiske lidelser, samt mellom helsetjenesten og andre sektorer som NAV, barnevern med mer. Rapportene har også pekt på utfordringer knyttet til store ulikheter når det gjelder tilgjengelighet og mangler i departementets målstyring av Opptrappinsplanen. Det er iverksatt en rekke tiltak som tar sikte på å møte de utfordringene riksrevisjonen peker på, herunder utvikling av bedre mål indikatorer og ferdigstilling av prioriteringsveiledere som skal sikre faglig og rettferdig prioritering i psykisk helsevern. Funnene har i stor grad bekreftet situasjonen slik den i overordnet form er beskrevet i de årlige budsjettfremlegg for Stortinget.

Tilsynsrapporter fra Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn har fra 2000 gjennomført flere landsomfattende tilsyn som helt eller delvis har hatt tjenestetilbudet til mennesker med psykiske problemer som tema og som er eller vil bli fulgt opp lokalt: I 2001 med helsetjenesten i fengsler, i 2001 med helsetjenesten til aldersdemente, i 2002 med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer, i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer, i 2004 med helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente, i 2007 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser, i 2008 med kommunale barnevern, helse- og sosialtjenester til utsatte barn og unge og i 2009 oppsummering av første halvdel av landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenester ved distriktspsykiatriske sentre. Tilsynene har inngått som en viktig del av kunnskapsgrunnlaget for utvikling av en bedre tjeneste.

8.2 Tiltak som har kommet til underveis

I de årlige budsjettproposisjonene ble det redegjort for grad av måloppnåelse, for årlig bevilgningsvekst m.v. i Opptrappingsplanen. Nye tiltak og politiske signaler ble på denne måten lagt fram underveis i perioden. Opptrappingsplanen må derfor ses i et dynamisk perspektiv; som summen av St.prp. nr. 63 (1997-1998) og de årlige budsjettproposisjonene samt Stortingets behandling av disse dokumentene.

Forsterket innsats for barn og unge i kommunene

Det ble stilt som vilkår at kommunene skulle bruke minst 20 pst. av tilskuddet til tiltak for barn og unge. Se avsnitt 8.5 Kommunale tiltak

Justering av måltall for døgnplasser for barn og unge

Måltallet er blitt redusert fra 500 til 400 plasser. Se avsnitt 8.6 Spesialisthelsetjenesten

Revurdering av behovet for boliger

Det framkom behov for ytterligere 2800 boliger i forhold til opprinnelig måltall. Se avsnitt 8.5 Kommunale tiltak

Økt innsats fra Regionsentrene for barn og unges psykiske helse overfor kommunene

I 2003 fikk R-Bupene et utvidet mandat overfor kommunene når det gjelder arbeidet med barn og unge. I løpet av 2009 er denne innsatsen intensivert.

Styrking av vold- og traumefeltet

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress ble etablert i 2004, og evaluert i 2007. Fem Regionssentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging er etablert i tidsperioden 2006-2008. Se avsnitt 8.11.

Egen storbysatsning

Det ble satt av 50 mill. kroner til en særskilt satsing i Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger. Se avsnitt 8.5. Kommunale tiltak.

Tiltak for å styrke fastlegens rolle i det psykiske helsearbeidet

Det er etablert et samarbeid med Legeforeningen om gjennomføring av prosjekter med sikte på å øke denne deltakelsen. Se avsnitt 8.5 Kommunale tiltak

Ambulante team

I 2006 fikk de regionale helseforetakene styringssignal om at alle distriktspsykiatriske sentre skulle etablere ambulante team og at ambulante akutteam skulle prøves ut i alle regioner. Se avsnitt 8.5 Kommunale tiltak (ACT-team) og avsnitt 8.6 Spesialisthelsetjenesten (ambulante team).

Økt innsats innen informasjon og kommunikasjon

I 2004 ble det avdekket et behov for mer informasjon rettet inn mot tjenestene. Se avsnitt 8.9.

Rekruttering av psykologer til kommunene

For å stimulere til økt rekruttering av psykologer til kommunene er de etablert stimuleringstilskudd til noen forsøkskommuner. Se avsnitt 8.5 Kommunale tiltak

Styrking av pårørende og etablering av Nasjonalt Knutepunkt for selvhjelp

Tiltaksplan for pårørende innen psykisk helsearbeid er etablert og fulgt opp. Nasjonalt Knutepunkt for selvhjelp ble etablert i 2006. Se avsnitt 8.4 Styrking av brukerrettede tiltak.

Etablering av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (NAPHA)

Dette kompetansesentret ble etablert høsten 2008 i Trondheim og vil være et viktig bidrag for å styrke kompetansen og det faglige grunnlaget for det psykiske helsearbeidet i kommunene. Se avsnitt 8.5 Kommunale tiltak.

Utvikling av indikatorer på psykisk helsefeltet

Opptrappingsplanens måltall har sagt mindre om kvalitet og innhold ved tjenester, samt effekt for brukerne. Dette var noe av bakgrunnen for at Helsedirektoratet i 2005 fikk i oppdrag å opprette et sett med nøkkeltall og indikatorer for psykisk helse. Se avsnitt 8.12 Finansiering av Opptrappingsplanen. Resultatoppfølging.

Barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre

Som et ledd i Handlingsplanen mot fattigdom ble det i 2007 bevilget 15 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Bevilgningen er siden økt til 20 mill. kroner og videreført i 2008 og 2009.

Styrking av forebyggende og helsefremmende arbeid

I budsjettforslaget for 2004 ble det varslet en sterkere satsing på forebyggende og helsefremmende arbeid i resten av perioden. Kapasiteten og kompetansen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten skulle styrkes for å gjøre tjenesten bedre i stand til å avdekke og følge opp problemer så tidlig som mulig. Se avsnitt 8.5 Kommunale tiltak og 8.8 Personellbehov, utdanning og forskning.

8.3 Den psykiske helsetilstanden i befolkningen

Den psykiske helsetilstand i Norge er rimelig god, stabil og på linje med land det er naturlig å sammenligne med. Høy yrkesdeltakelse og lav arbeidsledighet, høy grad av distriktsbosetting, høyt utdanningsnivå, liten andel fattige, høy grad av sosial likhet, stabile bomiljøer, høy grad av innflytelse på egen arbeidssituasjon, lavere totalkonsum av alkohol enn det kontinentale Europa, og gode offentlige støtteordninger, særlig for barnefamilier, bidrar til dette.

Likevel er psykiske lidelser vår viktigste folkesykdom. En av tre i den norske befolkningen vil ha

hatt en psykisk lidelse i løpet av det siste året og rundt halvparten i løpet av livet. I følge verdens helseorganisasjon er psykiske lidelser, målt i sykdomsbyrde, den mest kostbare av alle sykdomsgrupper i Norge. Tapt arbeid står for den største andelen av kostnadene og uføretrygding for den nest største. Behandlingskostnadene utgjør en liten og forebygging en ubetydelig del av kostnadene. Debutalder for fleste psykiske lidelsene er langt lavere enn for de vanligste og alvorligste somatiske lidelsene (f. eks. hjerte-kar, kreft og diabetes). Mange får psykiske lidelser allerede i barne- eller ungdomstiden og de fleste innen 30-årsaldren. Debutalderen for de vanligste lidelsene (angst, depresjon, rus) er synkende.

Kjønn og geografi

Psykiske lidelser er hyppigere blant kvinner enn menn og lidelsene er ulike. Sammenlignet med menn har kvinner dobbelt så mye angstlidelser og depressive lidelser, og menn har dobbelt så mye rusrelaterte lidelser som kvinner. Personlighetsforstyrrelser er like vanlig hos begge kjønn, men kvinner har mer engstelige, unnvikende og avhengige typer og menn mer schizoide eller antisosiale. For hver tredje mann som får schizofreni, får bare to kvinner sykdommen. Befolkningen i Oslo har mer av alle typer psykiske lidelser enn befolkningen i resten av landet. Det skyldes opphoping av risikofaktorer, men også at mennesker med psykiske lidelser oftere flytter til storbyer. Forekomsten er lavest i distriktene.

Barn og unge

Psykiske lidelser er det viktigste helseproblemet blant barn og unge og et av de alvorligste hindre for læring og sosial utvikling. I aldersgruppen 3-18 år har 7-8 pst. en behandlingstrengende psykisk lidelse. Dette er omtrent på linje med andre nordeuropeiske land. Hos gutter i alderen 0-12 år er det atferdsforstyrrelser og nevrokognitive utviklingsforstyrrelser som dominerer. Halvparten av barn med betydelige plager ved 4-års alder, vil fortsatt ha plager ved 10-års alder. Fra puberteten er det angst, depresjon og spiseproblemer som dominerer hos jenter.

Blant ungdom i sosialt belastede bydeler i Oslo har én av fire så store plager at det forstyrrer skolegang og dagligliv for øvrig. Symptomene oppdages ofte tidlig av foreldre, helsestasjon, barnehage, skole eller nærmiljø. Likevel kommer helsetjenesten sjelden inn før en psykisk lidelse med kompliserende følgetilstander er fullt utviklet og henvisning til spesialist er nødvendig.

Barn og unge i det psykiske helsevern gjenspeiler fordelingen på kjønn, alder og problemtyper i befolkningen. Basert på nye undersøkelser anslår Folkehelseinstituttet at behandlingsbehovet er på 7-8 pst. i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Opptrappingsplanens mål for behandlingsplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge er 5 pst. Det nye anslaget betyr ikke at utbredelsen av psykiske lidelser er endret, men at dagens undersøkelser er vesentlig bedre enn på 1990-tallet da Opptrappingsplanen ble utarbeidet.

Utviklingen i den psykiske helsen

Langt flere barn, unge og voksne behandles for psykiske lidelser i dag enn for ti år siden. Videre har andelen nye uførepensjoner grunnet psykisk lidelse økt de siste 15 årene, særlig blant unge voksne. Dette speiler at samfunnets møte med psykiske lidelser og konsekvensene av dem er betydelig endret. Aksept, kunnskap og omfanget av behandlingstilbud har økt.

Selv om flere har fått behandling, er forekomsten av diagnostiserbare psykiske lidelser i befolkningen uendret. Opptrappingsplanen for psykisk helse prioriterte barn og unge og de alvorligst syke og det har vært satset på behandling og omsorgstiltak. Behandling etter at en sykdom har oppstått bidrar lite til å hindre at ny sykdom oppstår i befolkningen. Skal vi påvirke utbredelsen av psykiske lidelser trengs mer kunnskap om effektive virkemidler og langsiktig forebyggende arbeid.

Folkehelseinstituttets analyser, av tall fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse, viser imidlertid nedgang i «Betydelige psykiske plager» fra 10,5 pst. i 1998 til 9,7 pst. i 2002 og 8,7 pst. i 2005. Nyere tall er foreløpig ikke tilgjengelig fra Statistisk sentralbyrå og resultatene er usikre på grunn av lav og fallende svarprosent.

8.4 Styrking av brukerrettede tiltak og mestringsperspektivet. Bruker- og pårørende-organisasjoner

Mestring

Det overordnede målet i Opptrappingsplanen – *å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv* – har vært lagt til grunn gjennom hele planperioden og er fortsatt førende for regjeringens satsing på psykisk helse.

St.prp. nr. 63 (1997-1998) peker på forutsetninger som må til dersom dette målet skal oppnås:

- Tjenestetilbud og behandling må ses i et mestringsperspektiv

- Perspektivet i behandling og tjenestetilbud må være tilstrekkelig bredt til at mestring blir mulig.
- Det enkelte menneske som har en psykisk lidelse kan ha behov for tjenester fra ulike sektorer og forvaltningsnivåer samtidig. Sektorer og forvaltningsnivåer må derfor legge til rette for en slik samtidighet og se det som en oppgave å bidra aktivt til å etablere behandlingsnettverk på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer.

Tiltak

Det har i planperioden vært satset på tiltak som bygger opp under mestringsperspektivet:
- Økt vekt på bruker- og pårørendeperspektivet i tjenestene
- Arbeidsstøttende tiltak til mennesker med psykiske lidelser
- Informasjonstiltak for større åpenhet og økte kunnskaper om psykiske lidelser
- Etablering av støttetiltak og mer enn 3000 boliger i kommunene
- Desentralisering av spesialisthelsetjenesten og en mer utadrettet virksomhet rettet mot kommunene gjennom etablering og styrking av de distriktspsykiatriske sentrene
- Styrking av polikliniske og ambulante funksjoner, akuttfunksjoner og generell kapasitetsøkning, særlig innenfor psykisk helsevern for barn og unge
- Utvikling av det psykiske helsearbeidet i kommunene med fokus på den enkeltes ressurser og mestringsevne
- Mest mulig frivillighet i behandlingen

Resultater og utfordringer

Det foreligger ingen konkrete resultater som viser hvorvidt målet om mestring er oppnådd. Det er mange elementer og tiltak som til sammen vil medvirke til at mestring oppnås hos den enkelte, som vist ovenfor. Det er derfor fortsatt viktig å ha et bredt perspektiv i behandling og tjenestetilbud og legge til rette for samarbeid på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer.

Brukerrettede tiltak

Mål

Målet var prioritering av brukerrettede tiltak og at brukermedvirkning skulle bidra til tjenestenes kvalitet på ulike nivå. Brukerne skulle ha innflytelse på egen behandlingssituasjon og på utformingen av tjenestetilbudene. Behovet for tiltak var stort, og måloppnåelse forutsatte at kommuner og fylkeskommuner også prioriterte dette. Økonomisk overføring til brukerorgansisasjonene skulle økes, for å fremme oppbygging av organisasjonene og få økt brukerrepresentantasjon inn i kontrollkommisjoner, kvalitetsutvalg, i kommunal og fylkeskommunale planleggingsgrupper mv. Det skulle etableres brukerstyrte sentra, i samarbeid med brukerorganisasjonene, hvor selvhjelpsgrupper og opplæring stod sentralt. Målet var å opprette et brukerstyrt senter i hvert fylke. Andre brukerrettede tiltak og prosjekter i regi av brukerorganisasjoner skulle også gis offentlig støtte. Mental Helse Norges hjelpetelefon skulle styrkes og fullfinansieres som et nasjonalt tilbud, og utvidelse skulle vurderes. Bevilgningen til brukerrettede tiltak og informasjon ble anbefalt å økes med 25 mill. kroner i løpet av planperioden.

Tiltak og resultater

- Det er etablert egen tilskuddsordning for Bruker- og pårørendeorganisasjoner innen psykisk helsefeltet for å styrke og bygge opp brukerorganisasjonene. Tilskuddet er økt gjennom perioden og i 2008 ble det fordelt 20,5 mill. kroner på 15 organisasjoner.
- Mental Helses hjelpetelefon er både styrket og utvidet. Kapasiteten er økt på kveld og natt, og nettjenesten «sidetmedord» er opprettet. Ansatte har deltatt i kompetansehevende tiltak for å bedre møte også pårørendes behov. Hjelpetelefonens nummer formidles aktivt i Helsedirektoratet befolkningskampanjer.
- Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse er etablert, NASEP, (tidligere Mental Helse Kompetanse). Senteret arbeider på tvers av alle bruker- og pårørendeorganisasjoner, som også er bredt representert i senterets styre. Senteret arbeider med å samle, spre og gyldiggjøre brukerkunnskap og tilbyr også brukeropplæringsprogram i samarbeid med brukerstyrt sentre og organisasjonene. Senteret ble evaluert i 2008. Evalueringsrapporten viser at senteret har lykkes med flere viktige satsinger og er på vei til å få en sentral rolle i videreutviklingen av bruker- og pårørendekunnskap.
- 6 regionale brukerstyrte sentre er etablert. De drives i regi av minimum 2 brukerorganisasjoner og fungerer som regionale ressursbaser for brukerkompetanse og opplæring innen psykisk helse. De har sine styrker på ulike felt, og samarbeider med hverandre, alle organisasjonene, det nasjonale senteret for erfaringskompetanse og med fagfeltet. Innretningen med å etablere regionale sentre framfor 1 i hvert fylke, som

opprinnelig var tenkt, er gjort i samråd med brukerorganisasjonene.
- Plan for brukermedvirkning – psykisk helsefeltet er laget, og fulgt opp. (IS – 1315) Nasjonale mål og tiltak for brukermedvirkning er der konkretisert på både individ- og systemnivå. En rekke tiltak og prosjekter er ivaretatt i regi av brukerorganisasjonene.
- Eksempler fra enkeltprosjekter:
  - Undervisningsprogrammet «Verktøykasse for brukermedvirkning- lave stemmer skal også høres», er utviklet som et resultat av det flerårige prosjektet Myndiggjøring og medvirkning i regi av Stange/ Hamar brukerforum.
  - Undervisningsmateriell på norsk om KOR, klient og resultatstyrt terapi. Metode for systematisk tilbakemelding fra bruker til egen terapeut
  - ARENA -opplæring av talspersoner for barn og unge (Voksne for Barn)
- Tiltaksplan for pårørende innen psykisk helse er etablert og fulgt opp. Det er iverksatt en rekke tiltak og prosjekter for å styrke pårørende og tjenestenes pårørendearbeid. Flere tiltak er i regi av pårørendeorganisasjoner. «Pårørende – en ressurs«(IS – 1512) Veileder om samarbeid med pårørende innen psykisk helsetjenester et laget som et viktig hjelpemiddel.
- Brukerundersøkelser.
  - Nasjonalt Kunnskapssenter gjennomfører jevnlige nasjonale pasienttilfredshetsundersøkelser (PasOppundersøkelse) ved alle landet poliklinikker og døgnavdelinger innen psykisk helsevern, voksne og barn, på oppdrag fra Helsedirektoratet. Resultatene brukes til forbedringsarbeid for det enkelte tjenestested og nasjonalt.
  - Kommunene ble i planperioden pålagt å gjennomføre systematisk innhenting av brukerfaringer, som førte til at brukerundersøkelser ble både laget og tatt i bruk i stor utstrekning.
- Måling. Måling av brukermedvirkning er ivaretatt gjennom kvalitative studier (NIBR), bruk av individuell plan og rapporteringskrav til kommunene om hvor mye de bevilger av midler til brukermedvirkning
- Egen referansegruppe med brukerorganisasjonene innen psykisk helse ble etablert som rådgivende gruppe for departementet/ direktoratet i planperioden. Gruppen består av 7 sentrale bruker- og pårørendeorganisasjoner, og videreføres etter planperioden.

Utfordringer

Det er stadig behov for opplæring av brukerrepresentanter, samt fokus på ulike tiltak for å oppnå reel brukermedvirkning både på systemnivå og individnivå. Brukerundersøkelser viser også at brukerne fortsatt ikke får nok informasjon og at mange opplever at de har for liten innflytelse på egen behandling. Det er fortsatt en utfordring for både brukere og fagfolk å få inkludert brukerkunnskap inn i tjenesteutvikling, kvalitetsutviklingsarbeid og kunnskapsbasert praksis. Ekstra tiltak for barn som pårørende og for å fremme brukermedvirkning for barn og unge gjenstår, men tiltak er startet på.

Selvhjelp

Nasjonal plan for selvhjelp er etablert og fulgt opp. Nasjonalt Knutepunkt for selvhjelp er i den sammenheng etablert (2006), og egen tilskuddsordning bidrar til ulike selvhjelpsprosjekt fordelt over hele landet. Fra 2008 er det også bevilget midler til forskning på selvhjelp. Knutepunktet ble evaluert i 2008. Evalueringene av Knutepunkt for selvhjelp og Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse viser at dette er tiltak som bør ha en sentral plass i videre arbeid med å fremme brukermedvirkning.

8.5 Kommunale tiltak

Mål

St.meld. nr. 25 (1996-97) slo fast at det forekom brister i alle ledd i tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Også tjenestetilbudet i mange kommuner var for dårlig utbygd. Et sentralt siktemål med Opptrappingsplanen var ut fra dette å styrke tjenestetilbudet i kommunene. Gjennomføring av en slik styrking ville være et avgjørende bidrag til å gjennomføre Opptrappingsplanens overordnede målsettinger, jf. avsnitt 8.1 over.

Utgangspunktet var at kommunens ordinære tjenesteapparat også skal møte behovene hos mennesker med psykiske lidelser gjennom en kvalitativ tilrettelegging for denne gruppa, og ved en kvantitativ styrking av eksisterende tjenester. Organiseringen av tjenestene skulle »- ikke føre til en etablering av en særomsorg for mennesker med psykiske lidelser» (St.prp. nr. 63 (1997-1998), s.11).

Betydningen av at kommunene fant fram til en organisering som ivaretar brukernes behov for tilbud fra ulike tjenesteledd, sektorer og forvaltningsnivåer ble understreket.

Begrepet psykisk helsearbeid i kommunene er blitt presisert i opptrappingsperioden. I budsjettproposisjonen for 2009 er det beskrevet slik:

> «Psykisk helsearbeid i kommunene omfatter tiltak og tjenester til mennesker med psykiske vansker og lidelser og deres familier og nettverk. De kommunale tjenestene skal bidra til bedre mestring og økt selvstendighet for mennesker med psykiske lidelser. Kommunens tjenester omfatter forebygging, behandling og oppfølging, herunder bolig med tilstrekkelig bistand, meningsfylte aktiviteter, bistand til å delta i sosiale fellesskap og nødvendige og tilpassede helse- og sosialtjenester. Barn og unge er en viktig målgruppe. Brukerperspektivet skal legges til grunn ved planlegging, organisering og drift av tjenestene og i tilbudet til den enkelte. » (s.164)

Forebyggende tiltak ble vektlagt. For det første vil godt forebyggende arbeid hindre unødvendige lidelser og senere komplikasjoner for den enkelte. For det andre er forebygging nødvendig ut fra et ressursperspektiv i det man alltid vil oppleve å ha utilstrekkelige resurser i forhold til udekkete behov. På sikt er forebygging bedre resursbruk enn kostbar behandling.

Primærforebyggende arbeid skulle vies stor oppmerksomhet i de kommunale planene. I forbindelse med det forebyggende arbeidet ble skolene fremhevet. De fylkeskommunale tjenestene skulle med sin spesialkompetanse støtte kommunene i deres forebyggende arbeid. Et viktig ledd i dette arbeidet skulle være å ivareta behovene hos barn av foreldre med psykiske lidelser.

Planen vektla at en person med psykiske problemer »- ikke bare måtte ses som pasient, men som et helt menneske med kropp, sjel og ånd.» (St.prp. nr. 63 (1997-1998) s.6). Rammene rundt den enkeltes tilværelse representerte samtidig grunnleggende behov;

- en tilfredsstillende bolig og å kunne bo med verdighet
- å delta i meningsfylt aktivitet og om mulig sysselsetting
- å inngå i et sosialt fellesskap og unngå sosial isolasjon
- å ha mulighet for kulturell og åndelig stimulans
- tilgang på tilfredsstillende helse- og sosialtjenester

Disse rammene representerte samtidig sentrale kommunale tjenester. Måltallene når det gjelder ulike tiltak for voksne i kommunene bygde i stor grad på disse.

Vurdering av måltall for tiltak i kommunene ble basert på gjennomganger av kommunale planer for psykisk helsearbeid foretatt av det daværende Sosialdepartementet og av SINTEF Helse. Gjennomgangen ga tall for behov for ulike typer tjenester med utgangspunkt i forekomst av alvorlige og noe mindre alvorlige psykiske lidelser. Det understrekes at dette var tall primært for tjenestebehov og ikke uten videre for forekomst. Gjennomgangen av planene indikerte at om lag 0,75 pst. av befolkningen over 18 år eller om lag 25 000 personer hadde alvorlige psykiske lidelser som medfører langvarige og sammensatte behov for ulike kommunale tjenester. I tillegg ble det lagt til grunn at 0,25 pst. av den voksne befolkningen, svarende til noe over 8 000 personer, har noe mindre alvorlige lidelser, men også et visst behov for enkelte kommunale tjenester. Det var en forutsetning i Opptrappingsplanen at et tjenesteapparat som var satt i stand til å møte denne gruppens behov også ville kunne gi et bedre tilbud til mennesker med moderate lidelser.

Det viste seg at de fleste kommunale planene som ble gjennomgått ikke innholdt tiltak for barn og unge. Samtidig var forebyggingsperspektivet særlig vektlagt i tiltakene for barn og unge. Måltallene for tiltak for barn og unge gjenspeiler dette.

De kvantitative måltallene for kommunene var følgende (sett i forhold til nivået i 1998):

Tiltak for voksne

- 3 400 nye omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser
- 3 400 flere årsverk i hjemmetjenesten
- 4 500 flere brukere av dagsentre
- 10 000 flere skal få tilbud om støttekontakt
- 15 000 flere skal få tilbud om kultur- og fritidstiltak
- styrking av behandlingstilbudet (184 psykologer og 125 flere høyskoleutdannet personell med tilleggsutdanning i psykiatri. For psykologene pekte Opptrappingsplanen at vi i noen år utover opptrappingsperioden måtte kompensere for mangel med bl.a. økt bruk av høgskoleutdannet personell)

Tiltak for barn og unge

- 260 flere årsverk til styrking av psykososiale tjenester, støttekontakttilbud, psykososiale tiltak for barn og unge i samme relative omfang som for voksne
- 800 flere årsverk til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten (+ 50 pst.)

Kostnadene ved å oppfylle hvert enkelt måltall ble beregnet. Utbyggingen av de 3 400 omsorgsboligene ble anslått til en samlet investering på 2 516 mill. kroner (1998-kroner) i løpet av planperioden.

Kostnadene ved å styrke de kommunale tjenestene svarende til oppfylling av de øvrige måltallene representerte driftutgifter og dermed årlige tilskudd til kommunene. Disse tilskuddene skulle økes reelt til 2 100 mill. kroner utover nivået i 1998 i løpet av planperioden. Kommunene hadde som kjent mottatt statlige tilskudd til drift også i perioden 1995-98. I 1998 var dette tilskuddet på 420 mill. kroner.

Oppnåelsen av måltallene for henholdsvis dagsentre, støttekontakt og kultur- og fritidstiltak viste seg vanskelig å registrere, og i budsjettproposisjonen for 2004 ble disse målt samlet i form av årsverk (St.prp. nr. 1 (2003-2004)). Senere ble forventet måloppnåelse her satt til 720 årsverk ved utløpet av planperioden.

Virkemidler og tiltak

Økonomiske virkemidler

Øremerkede statlige tilskudd har vært et helt sentralt virkemiddel for å styrke tilbudet i kommunene. Gjennom årlige økninger i bevilgningene ble det økonomiske måltallet for tilskuddene nådd i 2008-budsjettet. Tilskuddene er fordelt i tråd med inntektssystemets kostnadsnøkkel for helse- og sosialtjenesten i kommunene.

Kostnadene ved utbyggingen av de 3 400 omsorgsboligene ble anslått til en samlet investeringsutgift på 2 516 mill. kroner (1998-kroner). Samme støtteordning som for eldresatsningen ble lagt til grunn. Husbanken sto for forvaltning og utbetaling av disse midlene med utgangspunkt i rammer for tilsagn gitt i statsbudsjettene det enkelte år.

Det har i hele planperioden vært stilt vilkår som den enkelte kommune måtte oppfylle for å få utbetalt tilskudd. Vilkårene er meddelt kommunene i årlige rundskriv etter å ha vært lagt fram i de årlige budsjettproposisjonene.

Resultatoppfølging av kommunenes bruk av øremerkede tilskudd er foretatt gjennom vilkår om årlig rapportering fra kommunene til landets fylkesmenn. Fylkesmennene gjennom rådgiverne i psykisk helsearbeid har i tillegg en omfattende dialog med kommunene om videreutviklingen av det psykiske helsearbeidet. Innholdet i rapporteringen er basert på statlige føringer. Resultatene er vist i tabeller nedenfor.

Ved siden av generelle vilkår som at kommunen hvert år måtte redegjøre for planlagt disponering av tilskuddet og rapportere på foregående års bruk, er det også stilt spesielle vilkår som at kommunen skal støtte lokale brukerorganisasjoner og at kommunens plan for det psykiske helsearbeidet skal oppdateres og inngå som del av kommunenes økonomiplan. Det ble årlig stilt følgende spesielle vilkår:

- Kommunene må dokumentere bruken av systematiske tilbakemeldinger fra brukere og deres pårørende. Det skal i tillegg ytes støtte til brukerorganisasjoner og brukertiltak.
- Oppdatering og politisk vedtatt plan for det samlede psykiske helsearbeidet som ledd i kommunenes økonomiplan for perioden 2007-2010 skal foreligge.
- Det skal foreligge etablerte skriftlige rutiner mellom helseforetak og kommune for utarbeiding av individuell plan.

I tråd med forutsetningene er det øremerkede tilskuddet til kommunene innlemmet i rammetilskuddet fra og med 2009, jf. omtale i St.prp. nr. 67 (2007-2008) Kommuneproposisjonen. De særskilte midlene til de fire største byene er fortsatt øremerket.

Råd og veiledning. Fagutvikling

Fylkesmannen har gjennom egne rådgivere for psykisk helsearbeid i kommunene fulgt opp kommunene i opptrappingsplanperioden. Denne rådgivningsfunksjonen videreføres også etter 2008 for å følge opp utviklingen i kommunene. Det er fortsatt store forskjeller mellom kommunene mht. hvor langt de er kommet i satsingen. Det forutsettes en særskilt innsats de nærmeste årene for å løfte de kommunene som er kommet kort. Rådgivningsfunksjonen må sees i sammenheng med fylkesmannens rådgivning på folkehelsefeltet og opptrappingsplanen for rusfeltet.

Psykisk helsearbeid i kommunal sektor er et ungt arbeidsfelt. Det har derfor vært og er fortsatt behov for videreutvikling når det gjelder kvalitet, kompetanse, innhold og organisasjon. Det psykiske helsearbeidet er heller ikke tilstrekkelig bygget opp i alle kommuner når det gjelder forebygging, tilbud om tidlig intervensjon, og effektiv behandling og oppfølging av psykiske plager og lidelser. Det er videre gitt ut veiledere i psykisk helsearbeid henholdsvis for voksne og for barn og unge for å bidra til faglig styrking og tydeliggjøring av dette fagfeltet i kommunene.

Kompetansehevende tiltak

Et viktig virkemiddel for å sikre tilgang på kvalifisert tilgang på personell i kommunene har vært støtten til de tverrfaglige videreutdanningene for høgskoleutdannet personell i psykisk helsearbeid

for voksne og i psykososialt arbeid for barn og unge samt lønnstilskuddet til personell som tar denne utdanningen. Om lag 6300 studenter har fullført videreutdanningen i psykisk helsearbeid i perioden 2000-2008. Tilskuddsordningen ble evaluert i 2007. Tilbakemeldingene var at ordningen var hensiktsmessig og at kriteriene for å prioritere mellom søkerne fungerte godt.

Rapportering og statistikkutvikling

Fra 2007 er kommunene bedt om å rapportere sin innsats overfor mennesker med psykiske lidelser og problemer, uavhengig av finansieringsform. Rapporteringen danner et grunnlag for å følge utviklingen på dette området også etter 2008. Indikatorutviklingen er nærmere omtalt under avsnitt 8.12 Finansiering av Opptrappingsplanen. Resultatoppfølging.

Sterkere satsning på barn og unge

Betydningen av en sterkere fokusering på innsatsen for barn og unge er understreket i budsjettproposisjonen for 2001. I den forbindelse sluttet Sosialkomiteen seg til at 20 pst. av innsatsen bør rettes inn mot barn og unge, og at dette bør være veiledende for kommunene ved fordeling av tilskuddene.

En egen strategiplan for barn og unges psykiske helse «…sammen om psykisk helse…» ble lagt fram i 2003. Strategiplanen omfatter 100 tiltak under Barne- og familiedepartementet, Utdannings- og forskningsdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Justisdepartementet, Sosialdepartementet, Kultur- og kirkedepartementet og Helsedepartementet.

Samarbeid med Utdanningsdirektoratet

I manifestperioden 2006-2008 mot mobbing har Helsedirektoratet i samarbeid med Utdanningsdirektoratet støttet implementering av Olweus-programmet.

Skolene har fått tilbud om antimobbeprogrammet Olweus fra Hemil-senteret, Universitetet i Bergen. Det er 466 skoler som har tatt i bruk Olweus programmet. Resultatene ved skolen og forskning viser at programmet har god effekt, og at forekomsten av mobbing reduseres på de skolene som bruker dem systematisk. I nytt manifest for perioden 2009- 2012 er det startet et utviklingsarbeid internt med å involvere helsestasjons- og skolehelsetjenesten, samt etablere Olweus- programmet til RBUP.

Psykisk helse i skolen er en nasjonal forebyggende satsing som drives av fem organisasjoner og består av seks ulike opplæringsprogrammer for elever, lærere, administrasjon og helsepersonell. Mer enn 110 000 elever, 13 000 skoleansatte, 879 helseansatte og 249 skoler har deltatt i minst ett av opplæringsprogrammene for videregående opplæring. Alle fylker vil være dekket innen utgangen av 2010. 54,2 pst av alle videregående skoler har deltatt i satsningen. 40,3 pst. av skolene har deltatt på VIP (185 skoler), 6,5 pst. av skolene har deltatt på STEP (30 skoler) og 13,1 pst. av skolene har deltatt på Venn1.no (60 skoler). Over 300 skoler har deltatt på kurs om Zippy`s venner.

Endring i fordelingen av midler til kommuner og spesialisthelsetjeneste

Opptrappingsplanen forutsatte like store bevilgninger til henholdsvis kommuner og spesialisthelsetjeneste (2,1 mrd. kroner). Det har imidlertid vært foretatt en raskere og mer omfattende nedtrapping av sykehjemmene enn Opptrappingsplanen forutsatte. Den sterkeste nedtrappingen ble foretatt før planen reelt startet i 1999, men den fortsatte også etter dette tidspunktet. Tempoet i og omfanget av nedtrappingen har medført både en faglig utfordring og en økonomisk merbelastning for en rekke kommuner. Det ble derfor fra 2005 lagt opp til en sterkere vekst i bevilgningen til kommunene. Den endrede fordelingen har vært opprettholdt ut opptrappingsperioden. I 2008 mottok kommunene 2 823 mill. kroner (2008-kroner), mens spesialisthelsetjenesten mottok 2 557 mill. kroner.

Storbysatsningen

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser er blant dem som har de dårligste levekårene og mottar svakest tilbud fra tjenesteapparatet. Den største hyppigheten her finner vi i de største byene. Mange av dem dette gjelder får ikke den oppfølging som er nødvendig. Styrkingen av tjenesteapparatet gjennom Opptrappingsplanen ble i 2005 antatt ikke å ha nådd fram til denne gruppen i tilstrekkelig grad. En del av kommunesatsningen i 2005-budsjettet ble derfor rettet inn mot økt innsats for denne gruppen i form av en storbysatsing. Det ble satt av 50 mill. kroner til en særskilt satsing i Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger. Ved behandlingen av 2009-budsjettet vedtok Stortinget å opprettholde øremerkingen av disse midlene framfor å legge dem inn i rammetilskuddene. Beløpet er nå økt til om lag 56 mill. kroner.

Samhandling og samarbeid

Kommunene møter økende utfordringer i å gi tilbud til stadig mer ressurskrevende brukere. Et

styrket kommunalt tjenesteapparat, herunder en styrket pleie- og omsorgstjeneste, er viktig for å møte disse utfordringene. I tillegg er det nødvendig at også de spesialiserte tjenestene kan inngå i et forpliktende samarbeid. De distriktpsykiatriske sentrene er særlig viktige her. Utbygging og styrking av disse må foregå på en måte som kan bidra til å utvikle et nært samarbeid med kommunene så vel faglig som administrativt. I noen tilfelle er det utviklet økonomiske samarbeidsordninger mellom spesialisthelsetjeneste og kommune.

Alle kommuner og respektive helseforetak/ DPS-områder skulle innen utløpet av 2005 ha etablert et fast strukturert samarbeid i form av forpliktende samarbeidsavtaler der også brukerorganisasjonene ble trukket inn.

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene er etablert ved NTNU Samfunnsforskning A/S i Trondheim med midler over statsbudsjettet og er i oppbyggingsfasen. Virksomheten ble startet opp høsten 2008. Prioriterte oppgaver for sentret vil være

- innsamling, systematisering av dokumentasjon om psykisk helsearbeid
- formidling og kunnskapsoverføring
- etablere nært samarbeid og bidra til gjensidig samordning mellom de ulike fag- og kompetansemiljøene på feltet
- å lage tverrfaglige arenaer og nettverk
- vurdere behov for kompetansehevende tiltak

Fastlegenes rolle i det samlede psykiske helsearbeidet

På det tidspunktet da Opptrappingsplanen ble fremmet arbeidet departementet med å forberede innføringen av fastlegeordningen. Opptrappingsplanen inneholdt dermed ikke detaljer om denne reformen. Det ble imidlertid påpekt i Opptrappingsplanen at «Ved å knytte et tettere bånd mellom lege og pasient, vil også mennesker med psykiske lidelser få bedre hjelp enn i dag fordi denne ordningen vil bli mer forpliktende og innebære større kontinuitet.» Det har imidlertid vist seg at det gjennomgående er behov for større deltakelse fra fastlegers side i det øvrige kommunale psykiske helsearbeidet. Helsedirektoratet samarbeidet derfor med Legeforeningen om gjennomføring av prosjekter med sikte på å øke denne deltakelsen.

Rekruttering av psykologer til kommunene

Ved utgangen av 2008 arbeidet det 199 psykologer i helse- og sosialtjenesten. Av disse var 121 finansiert over Opptrappingsplanen. Rekrutteringen av psykologer til kommunene har imidlertid gått langsommere enn forutsatt i Opptrappingsplanen der måltallet var 184 psykologer. For å stimulere til økt rekruttering av denne yrkesgruppen til kommunene ble det høsten 2008 utbetalt tilskudd til fem forsøkskommuner. En av forsøkskommunene består av et interkommunalt samarbeid med seks kommuner. Innsatsen er videreført og styrket i 2009, jf. bevilgning på 20 mill. kroner, og omtale under kap. 764, post 60. I 2008 ble Norsk psykologforening tildelt stimuleringsmidler for å formidle gode eksempler når det gjelder kommunepsykologens funksjon og oppgaver, samt til opprettelse av fagnettverk/ faglige fora for psykologer lokalt, regionalt og sentralt.

Tilbud til personer med langvarige og sammensatte behov. Samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste

Helsedirektoratet foretok i 2008 en vurdering av omfang og behov, samt forslag til tiltak for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud (Rapport IS-1554). Rapporten følges opp bl.a. gjennom etablering av flere aktivt oppsøkende behandlingsteam etter ACT-modell (Assertive Community Treatment), iverksetting av samhandlingstiltak mellom 1. og 2. linjetjenesten (se nedenfor), og utvikling av opplegg for kartlegginger av målgruppen for å sikre bedre tilbud til den enkelte. Rapporten og gjennomføring av tiltakene er nærmere omtalt under kap 764, post 60.

Resultater

Tabell 8.1 (fra proposisjonens omtale under kap. 743 post 62, Resultatrapportering 2008) viser faktisk økning i løpet av opptrappingsperioden 1998 til 2008 sammenliknet med måltallene i Opptrappingsplanen. Enkelte måltall var ikke definert ved oppstart av Opptrappingsplanen, men er utviklet i ettertid. Dette framkommer av tabellen.

Tabell 8.1 Kapasitetsøkning i kommunale tjenester 1999–2008 (Tall per 31. desember 2008)

Tiltak	Planlagt økning fra 1998 til 2008	Faktisk økning 1998[1] til 2008	Faktisk økning 1999–2008 som andel av planlagt økning (pst.)
Omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser	3400	3253[2]	96
Årsverk totalt	4770	5006	105
Årsverk voksne	3710	3570	96
– hjemmetjenester mv.	3400	2741	81
– behandlingstilbud, veiledning	309	828	268
– aktivitetstilbud	(720)[3]	(710)	(99)
Årsverk barn og unge	1060	1436	136
– helsestasjon, skolehelsetjeneste	800	746	93
– annen forbygging/psykososialt arbeid	260	690	265
Støtte til brukerorganisasjoner (mill. kroner)	[4]	33[5]	
Kompetansetiltak, rekruttering (mill. kroner)	[4]	55[5]	

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 Her inngår 50 boliger som realiseres i 2009
3 Ikke definert måltall. Med utgangspunkt i faktisk utvikling fram til 2003 og økonomiske måltall er forventet nivå ved utgangen av 2008 tidligere satt til 720 årsverk.
4 Måltall er ikke definert i Opptrappingsplanen, men kommunene kan nytte midler til slike formål. (Fra og med 2004 var det satt som vilkår at midlene nyttes til blant annet til støtte til brukerorganisasjoner).
5 2008-kroner

Tabellen viser at Opptrappingsplanens mål for samlet årsverksvekst ble oppfylt i noe sterkere grad enn opprinnelig planlagt (105 pst.). Foreløpige tall fra SINTEF Helse indikerer at kommunene i tillegg til årsverkene finansiert over Opptrappingsplanen finansierte ytterligere i størrelsesorden 6000 årsverk med egne midler ved utgangen av 2007. Opptrappingsplanen ser dermed ut til å ha utløst en meget betydelig kommunal egenfinansiert aktivitet ved utløpet av opptrappingsperioden. Omfanget av det samlede kommunale psykiske helsearbeidet ser ut til å være i størrelsesorden 12 700 årsverk ved utløpet av 2008.

Det er oppnådd en økning på vel 370 årsverk utover måltallet på 1060 for barn og unge, mens det mangler om lag 140 årsverk på å oppfylle måltallet når det gjelder voksne. Denne forskyvningen må ses i lys av at satsning på barn og unge har vært sterkt vektlagt i store deler av planperioden. Måltallet for helsestasjons- og skolehelsetjenesten er ikke nådd, mens annen forebygging og psykososialt arbeid er betydelig overoppfylt. Annen forebygging og psykososialt arbeid omfatter psykisk helserelatert innsats innen viktige områder som eksempelvis familiesentre/familiens hus, barnevern, PP-tjenesten mv.

Ved utløpet av 2008 var det med opptrappingsmidler rekruttert 121 psykologer i kommunene mens måltallet var 184. Opptrappingsplanen tok imidlertid forbehold om at det kunne bli nødvendig å kompensere for mangel på psykologer og leger med bl.a. økt bruk av høgskoleutdannet personell utover planperioden. Under iverksatte tiltak er det redegjort for satsningen på å få flere psykologer til kommunene.

Opptrappingsplanen hadde som mål å etablere 3400 omsorgsboliger til mennesker med psykiske lidelser. Ved årsskiftet var 3203 godkjente prosjekter ferdigstilt. Ytterligere 50 boliger skal ferdigstilles i 2009, slik at totaltallet blir 3253 boliger.

I 2005 ble det gjennomført flere kartlegginger over bolig- og tjenestebehov utover Opptrappingsplanens måltall. I kartleggingene anslås det et tilleggsbehov på om lag 2800 boliger. Tjenestebehovet knyttet til disse boligene ble anslått til om lag 1800 årsverk ut over Opptrappingsplanens måltall for årsverk innen tiltak for voksne. Blant annet på bakgrunn av dette, ble det innført et nytt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger. Mål-

gruppen for ordningen er personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester, uavhengig av alder, diagnose og funksjonshemming. Også personer med psykiske lidelser inngår i denne målgruppen. Omfanget av denne ordningen er satt til 12 000 boliger fram til 2015. Dette vil gi muligheter for å imøtekomme tilleggsbehovet på 2800 boliger.

Videre har regjeringen ved økningen av rammeoverføringene til kommunene lagt til rette for en utvidelse av personellkapasiteten med 10.000 nye årsverk i den kommunale helse- og sosialtjenesten innen utgangen av 2009. Kommunene forutsettes først og fremst å benytte denne veksten til å utvide tjenestetilbudet i sykehjem og hjemmetjenester, herunder psykisk helsearbeid, ut fra lokale behov og prioriteringer. Dette vil dermed gjøre det mulig å møte utfordringene knyttet til behovet for tjenester også ut over Opptrappingsplanens rammer.

Tall fra NIBR (NIBR-rapport 2009:4) viser at 93 pst. av kommunene har organisert sitt psykiske helsearbeid i form av en egen enhet eller en egen avdeling.

Barn og unge

Rapporteringen i regi av opptrappingsplanen viser at helsestasjons- og skolehelsetjenesten er styrket med 746 årsverk i perioden. Det tilsvarer 93 prosent av måltallet på 800 nye årsverk. Betydningen av å styrke tjenesten har vært vektlagt i sentrale styringsdokumenter som det årlige rundskrivet om mål og hovedprioriteringer fra Helsedirektoratet til kommunene, fylkesmennene, de regionale helseforetakene og fylkeskommunene, og i embetsoppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet til fylkesmennene. Rekruttering av nye årsverk har både vært et virkemiddel for å styrke kapasiteten og for å styrke kompetansen i tjenesten. For å styrke kompetansen, har det i tillegg vært satt av midler til etterutdanning av helsesøstre i psykisk helsearbeid for barn og unge. Helsesøstre er også en sentral målgruppe for den tverrfaglige videreutdanningen i psykososialt arbeid for barn og unge.

Det går fram av Forskningsrådets sluttrapport at rekrutteringen til helsestasjons- og skolehelsetjenesten utgjør den største andelen av de midlene som har gått til tiltak til barn og unge. I den siste delen av opptrappingsperioden har det vært en dreining av innsatsen i det psykiske helsearbeidet i kommunene mot mer bruk av helsestasjonene, skolehelsetjenesten og skolene. I følge Forskningsrådet har dette gitt mulighet for mer forebyggende arbeid for barn og unge og gitt økt tilbud i nærmiljøet i tråd med målsettingen i Opptrappingsplanen. Videre viser Forskningsrådet til at samarbeidet mellom BUP og det kommunale tjenestetilbudet har økt i perioden, særlig i forhold til helsestasjons- og skolehelsetjenesten og PP-tjenesten. Mangel på møtepunkter oppleves imidlertid som en viktig begrensning for det tverrfaglige samarbeidet.

Utfordringer

Foreløpige tall fra en enkel rundspørring til landets fylkesmenn tyder på at 84 pst. av kommunene opprettholder eller styrker tilbudet innen psykisk helsearbeid, men 16 pst. reduserer tilbudet (basert på tall fra 229 kommuner). Noen av kommunene har imidlertid opprettholdt tilbudet ved hjelp av ubrukte øremerkede tilskudd overført fra 2008. 13 pst (av i alt 168 kommuner) reduserte sine driftsutgifter fra 2008 til 2009. Tallene må tolkes med forsiktighet, men dette kan være en indikasjon på at det psykiske helsearbeidet er noe mer utsatt ved nedskjæringer enn kommunenes øvrige tjenester. Det vil være særlig viktig å følge denne utviklingen nøye i årene framover.

Til tross for at målet om nye årsverk i opptrappingsperioden nesten er nådd, er det mye som tyder på at tilbudet i skolehelsetjenesten fremdeles er for dårlig utbygd i mange kommuner. Dette gjelder særlig tilbudet i videregående skoler. Forskningsrådet mener at kommunene kan ta noen grep som vil bidra til ytterligere å bedre kvaliteten i tjenestene ved å rekruttere fagpersonell med psykososial kompetanse til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og ved å etablere samarbeid mellom berørte tjenester gjennom ansvarsgrupper med tverrfaglig deltakelse.

I stortingsmeldingen om samhandlingsreformen er det derfor lagt vekt på behovet for å styrke tjenesten som ledd i arbeidet med å styrke det forebyggende arbeidet i helsetjenesten i kommunene.

8.6 Spesialisthelsetjenesten

Mål (Voksne)

Det var store strukturproblemer innen psykisk helsevern for voksne på slutten av 1990-tallet, bl.a. var mange pasienter feilplassert, dvs. at de både var plassert på for høyt omsorgsnivå i forhold til deres behov og at tilpasset tilbud ikke fantes. I sykehusavdelingene var det et stort antall pasienter som burde hatt annet tilbud, og i langtidsinstitusjonene var det mange pasienter som primært trengte kommunal omsorg. Feilplasseringene innvirket på kapasiteten i det psykiske helsevernet.

Omstrukturering av tjenestetilbudet

Ett av målene for Opptrappingsplanen var å gi behandlingstilbud til personer med psykiske lidel-

ser nærmere der de bor og lever samt å legge til rette for samhandling og helhetlige tjenester. Ettersom det psykiske helsevernet i stor grad var institusjonsbasert, innebar dette store omlegginger av tjenestetilbudet. Fylkeskommunale tjenester omfattet psykiatriske sykehusavdelinger, distriktspsykiatriske sentre og privatpraktiserende spesialister. St.meld. nr. 25 (1996-1997) slo fast at det var nødvendig både å bygge ut og å modernisere psykisk helsevern. Psykisk helsevern måtte få en klarere spesialistprofil med mer differensierte og lettere tilgjengelige tjenester for befolkningen. For å nå målet måtte det psykiske helsevernet utvikle desentraliserte, tilgjengelige distriktspsykiatriske sentre (DPS) som skulle ha et hovedansvar for tilbudet innen psykisk helsevern for voksne.

Dette ville innebære store omstillinger med endring av ansvar og oppgavefordeling både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale tilbud. Psykiatriske sykehjem skulle enten omgjøres til mer behandlingsorienterte enheter under DPSene eller gradvis trappes ned etter hvert som de kommunale omsorgstjenestene ble bygget ut. DPSene skulle bygges opp som aktive behandlingsenheter på lokalsykehusnivå. De skulle gi tilbud om korttids døgnopphold, døgnopphold for lengre tids behandling og rehabilitering, dagbehandling, poliklinisk og ambulant behandling, differensierte behandlingstilbud tilpasset befolkningen, samt å gi råd og veiledning til kommunale tjenester. Sykehusavdelingene skulle spesialiseres slik at de kunne tilby tjenester som av ulike grunner var viktige for å ivareta på et sentralisert nivå.

I tillegg til å omstrukturere tjenestetilbudet, var målet å styrke dette både kvantitativt og kvalitativt. Dette innebar en betydelig personelløkning, en økning i personell med universitets- og høgskoleutdanning og en økning i bemanningen per behandlingsplass.

Tiltakene som ble iverksatt for å øke omfanget på tjenestetilbudet forutsatte tilføring av statlige midler. Midlene ble øremerket til dette formålet og skulle komme som et tillegg til fylkeskommunale midler og ikke som erstatning for disse. I St.prp. nr. 63 (1997-1998) ble det forutsatt at alle fylkeskommuner skulle utarbeide planer for den nødvendige utbygging og omstrukturering av det psykiske helsevernet, gitt mål og føringer i proposisjonen og i St.meld. nr. 25 (1996-1997). Planene skulle godkjennes av departementet som grunnlag for utbetaling av øremerkede midler til drift og investeringer. Driftsmidlene ble fordelt etter objektive kriterier, mens investeringsmidlene skulle fordeles etter dokumenterte behov.

Etter helsereformen i 2002, da staten overtok eierskapet av spesialisthelsetjenesten, ble det forutsatt at godkjente fylkeskommunale planer skulle legges til grunn for den videre utviklingen av tjenestene. De regionale helseforetakene (RHF) måtte samtidig gjennomgå planene for å tilpasse dem til den nye regionale strukturen. Dette førte til visse forsinkelser i DPS-utbyggingen i en overgangsfase.

Utbygging av distriktspsykiatriske sentre (DPSer)

Målet var å bygge ut distriktspsykiatriske sentre med aktive behandlingstilbud på lokalsykehusnivå som skulle gi tilbud om differensierte tjenester, jf. St.prp. nr. 63 (1997-1998) og St.meld. nr. 25 (1996-1997). I departementets føringer for det fylkeskommunale planarbeidet (rundskriv I-24/99), ble det lagt vekt på at DPSene skulle være faglige selvstendige enheter med ansvar for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen et geografisk område. Faglig selvstendighet skulle legge til rette for større fleksibilitet til å utvikle tilbud i tråd med befolkningens behov for tjenester.

Opptrappingsplanen la til grunn at det skulle være 2065 døgnplasser i DPS totalt ved utløpet av planperioden.

Spesialisering av sykehusfunksjoner

Hovedvekten av behandlingen skulle gis ved DPSene. Pasienter som på grunn av utagerende atferd eller spesielle behov trengte avdelinger med sterkere bemanning eller mer spesialiserte tilbud som krevde ressurser utover det DPSene kunne forventes å ha, skulle behandles ved psykiatriske sykehusavdelinger. I St.meld. nr. 25 (1996-1997) ble det forutsatt at følgende funksjoner ble ivaretatt i psykiatriske sykehusavdelinger: lukkede akuttavdelinger, sikkerhetspsykiatri og eventuelle spesialavdelinger som for eksempel behandling av døve med alvorlige sinnslidelser.

I St.prp. nr. 63 (1997-1998) var det lagt til grunn at antallet døgnplasser i sykehus skulle oppetholdes på 1996-nivå, dvs. 2940 plasser, og utvides med 160 plasser til personer som ble dømt til behandling.

Psykiatriske sykehjem

I følge St.prp. nr. 63 (1997-1998) skulle de psykiatriske sykehjemmene enten omgjøres til mer behandlingsorienterte enheter under DPSene eller gradvis trappes ned etter hvert som de kommunale omsorgstjenestene ble bygget ut.

Dagbehandling

Det var sentralt i Opptrappingsplanen at behandling i størst mulig grad skulle skje frivillig og gis poliklinisk, som dagbehandling eller via ambulant tjeneste. Målet var å øke antallet dagopphold i DPSene med 90 000, dvs. en økning på 50 pst.

Polikliniske tjenester

Den samlede polikliniske kapasiteten skulle økes med om lag 450 000 konsultasjoner. Dette tilsvarte en økning på 50 pst. og inkluderte både offentlige poliklinikker og private avtalespesialister. Det skulle gjennomføres 220 000 flere konsultasjoner i offentlige poliklinikker. Produktiviteten, målt ved antall konsultasjoner per årsverk, skulle økes med 50 pst.

Tilbud til pasientgrupper med særskilte behov

I planen ble det lagt til rette for styrking av tilbudet til pasientgrupper med særskilte behov. Grupper som ble nevnt her var innvandrere, flyktninger og asylsøkere, personer med psykiske lidelser og personer med samisk bakgrunn, døve og døvblinde, psykisk utviklingshemmede, rusmiddelmisbrukere, sedelighetsdømte, og mennesker med psykiske lidelser som ble vurdert som særlig vanskelige og farlige. Det skulle etableres et kompetansesenter for voksne og for barn og unge med samisk bakgrunn. Det skulle bygges tre kompetansesentre ved regionale sikkerhetsavdelinger med alvorlige sinnslidelser skulle, samt etableres 160 nye plasser til personer som ble idømt psykiatrisk behandling.

Personelløkning

For å styrke tjenestetilbudet kvantitativt og kvalitativt ble det planlagt at totalbemanningen skulle økes med om lag 4505 årsverk. Antallet leger, psykologer og høyskoleutdannet personell skulle økes og til sammen utgjøre 72 pst. av bemanningsøkningen. Det ble forutsatt en bemanningsøkning per plass i DPSene, men uten at økningen var tallfestet.

Tiltak og resultat (Voksne)

Distriktspsykiatriske sentre (DPSer)

Utbyggingen av DPSer var et av hovedsatsingsområdene i Opptrappingsplanen. Utbyggingen skulle skje over hele landet og alle DPS skulle ha definerte opptaksområder. Ved utgangen av 2008 var det etablert totalt 75 DPSer som samlet dekket alle landets kommuner. Helsedirektoratets kartlegging av de distriktspsykiatriske sentrene i 2008 viste at 62 av 75 DPSer hadde etablert alle funksjoner i form av poliklinikk, dagenhet, gruppetilbud, døgntilbud og ambulant virksomhet. Kartleggingen viste at 30 DPS hadde etablert et rustilbud. 66 DPS hadde akuttilbud i en eller annen form men kun 30 hadde etablert ambulant akutteam. Et stort flertall oppga førøvrig at de drev ambulant virksomhet i en eller annen form enten fra poliklinikk og eller døgnavdeling.

DPS-utbyggingen har bidratt til bedre tilgjengelighet til tjenestene og mange flere pasienter får tilbud. DPS har fått en viktig rolle i helsetjenesten, mellom sentraliserte sykehusavdelinger og kommuner. Samarbeidet mellom DPS, kommuner og pårørende har økt, særlig om personer med alvorlige psykiske lidelser. Det har funnet sted en økt differensiering og spesialisering av behandlingstilbudet.

DPS-kartleggingen viste at både totalbemanning og spesialistbemanning ved DPSene varierte betydelig, fra 6 til 49 årsverk per 10 000 innbyggere. De store variasjonene i spesialistbemanningen ga særlig grunn til bekymring. Bemanningen var lav flere steder og kartleggingen avdekket et stort antall ubesatte stillinger for psykiatere og psykologspesialister.

Ved utgangen av 2008 var det totalt 1833 døgnplasser ved DPSene, i 1998 var antallet plasser 1492. Dette var en økning på 23 prosent, dvs. 341 flere døgnplasser. Plasstallet økte frem til 2004, da man langt på vei hadde nådd måltallet, men det har senere blitt redusert. Døgnplassdekning, målt som døgnplasser per 10 000 innbyggere, varierer fortsatt betydelig mellom helseregionene både for barn og unge og for voksne. Antall døgnplasser sier i seg selv lite om tilgjengelighet og behovsdekning, men må se sees i sammenheng med det samlede tilbudet som gis. Særlig har den økte vekten på poliklinisk og ambulant arbeid og gode samhandlingsrutiner mellom og innen tjenestenivåene betydning for vurderingen av det samlede tilbudet.

Økt poliklinisk aktivitet

Antallet polikliniske konsultasjoner økte med 131 pst. i opptrappingsplanperioden. Til sammen ble det gjennomført 1 099 000 polikliniske konsultasjoner i 2008 mot 476 000 i 1998. Målet om 50 pst. økning i behandling / konsultasjoner ble nådd i 2003, ikke på grunn av økning i aktivitet, men på grunn av flere behandlere. Produktiviteten, dvs. antallet konsultasjoner per fagårsverk økte med 7 pst. i perioden, men det fremgår at produktiviteten har variert noe fra år til år.

Antall oppholdsdøgn ble redusert med 28 pst. i planperioden og det ble foretatt 70 pst. flere utskrivninger fra døgninstitusjonene. Den gjen-

nomsnittlige varigheten på døgnopphold ble redusert fra 66 til 28 døgn i planperioden, men uten at frekvensen for reinnleggelser innen 30 dager gikk opp i nevneverdig grad. Målt i antall konsultasjoner og i utskrivninger er målet om bedre tilgjengelighet til tjenester for voksne langt på vei nådd.

Døgnplasser ved sykehus

Det ble lagt til grunn at det ved planens utløp skulle være 3100 døgnplasser i sykehus og 6 565 døgnplasser totalt. Samlet har tallet på døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne blitt redusert med 1 423 plasser, dvs. med 24 pst. Det må imidlertid understrekes at totaltallet inkluderer en reduksjon på over 1000 plasser i psykiatriske sykehjem, som er erstattet med over 3000 nye omsorgsboliger. Dersom man ser på *aktive behandlingsplasser,* dvs summen av plasser i DPS og sykehus, så er dette omtrent uendret fra 1998 til 2008. Ved sykehusene var det 17 pst. færre døgnplasser i 2008 enn i 1998, en nedgang på 531 plasser. Noe av reduksjonen kan tilskrives omklassifiseringer, ved at sykehusavdelinger har blitt omgjort til DPS og at behandling i større grad gis poliklinisk og ambulant.

I statsbudsjettene for 2003, 2004 og 2005 ble det åpnet for at Opptrappingsplanens opprinnelige utgangspunkt om å opprettholde antall døgnplasser kunne avvikes under forutsetning at nye og bedre tilbud var etablert. Deretter skjedde det en innstramming i forhold til å redusere antallet sengeplasser pga. det store presset mot sykehusavdelingene, særlig akuttavdelingene. Fra 2008 ble dette i noen grad løst opp, og fra 2009 er det tydelig signalisert et behov for styrket omstruktureringen med økt satsing på DPS i forhold til sykehus. Det vises til det som er sagt foran vedr. betydningen av ambulante og polikliniske arbeidsformer og om bedre samhandling.

Personellvekst

Antall årsverk i institusjoner i psykisk helsevern for voksne økte totalt i perioden 1998 til 2008 med 23 pst. Målet om å tilføre 4505 nye årsverk i spesialisthelsetjenesten ble nådd ved utløpet av planperioden. I hovedsak skjedde økningen, som planlagt, blant personell med universitets- eller høyskoleutdanning. Den relativt sett største økningen var for psykologer med 111 pst. med 685 flere psykologårsverk, mens det har blitt 52 pst. flere psykiaterårsverk (256) og 34 pst. flere årsverk for andre leger (126). DPSenes andel av årsverkene i psykisk helsevern for voksne økte med 23 pst. i perioden 1998 til 2008, men ble redusert ved psykiatriske sykehus med 17 pst., for sykehjem med 90 pst. og andre døgninstitusjoner med 52 pst.

Til tross for færre døgnplasser har personellinnsatsen i døgn- og dagvirksomhet økt med 23 pst. fra 1998 til 2008. Veksten i poliklinisk personell har i perioden vært på 100 pst. I tillegg er ressursinnsatsen til døgnbehandling styrket. Målt i antall årsverk har det vært en økning på i alt 1534 årsverk til døgninstitusjoner for voksne, mens det har blitt 1538 flere årsverk i poliklinikker for voksne. Innenfor tjenestetilbudet til voksne har en større andel av ressursveksten gått til poliklinisk virksomhet enn opprinnelig planlagt. Dette er et uttrykk for at moderne arbeidsmåter vinner terreng.

Driftskostnader

Målt i faste 2008-kroner har driftskostnadene i psykisk helsevern økt med 38 pst. totalt siden starten av Opptrappingsplanen i 1998. Driftskostnadene i det psykiske helsevernet for barn og unge har økt med 88 pst., mens det psykiske helsevernet for voksne har økt med 31 pst. i samme periode.

Tabell 8.2 Utvikling i totale driftskostnader til det psykiske helsevernet 1998–2008. Mill. kroner faste 2008 kroner og prosentvis endring

	1998	2000	2002	2004	2006	2007	2008	Prosent endring 1998-2008
Totale driftsutgifter psykisk helsevern	10 903	11 412	12 263	12 824	14 047	14 764	15 932	46
Prosent endring fra året før		1,4	5,8	1,3	2,9	5,1	2,4	
Totale driftsutgifter PHV-Barn og unge	1 373	1 465	1 760	2 051	2 375	2 498	2 735	99
Prosent endring fra året før		3,4	15,0	7,7	7,1	5,2	3,9	
Totale driftsutgifter PHV-Voksne	9 530	9 947	10 503	10 773	11 672	12 266	13 197	38
Prosent endring fra året før		1,1	4,4	0,2	2,1	5,1	2,1	

Kilde: Datakilde: SSB og SINTEF Helse

I løpet av opptrappingsperioden har det blitt totalt 4681 flere årsverk i det psykiske helsevernet, dvs. en økning på 30 pst. Av denne veksten har 1608 årsverk gått til psykisk helsevern for barn og unge, dvs. en økning på 75 pst., mens 3071 årsverk har gått til det psykiske helsevernet for voksne, dvs. en økning på 23 pst.

En omstrukturering har funnet sted

Formålet med omstruktureringen av tjenesten var å etablere en ny tjeneste som kunne løse oppgavene i nært samarbeid med de kommunale tjenestene, og som bedre la til rette for et normalt liv i normale omgivelser for mennesker med psykiske lidelser. Satsingen på polikliniske og ambulante tjenester er et sentralt skritt i dette. I 2006 fikk de regionale helseforetakene styringssignal om at alle DPS skulle etablere ambulante team og at ambulante akutteam skulle prøves ut i alle regioner.

I en kartlegging av DPSene i Norge foretatt av Muusmann-Agenda (2008), fremkommer det at det i opptrappingsperioden er etablert 34 akutt team ved DPS. Rapporten viser videre at 62 av landets 75 DPS har etablert ambulant virksomhet (inkludert ambulante team). 74 av 75 DPS rapporterer i 2009 at de har ambulante funksjoner. Samtidig tyder SINTEFs pasientregistrering per 20 nov 2007 på at det fortsatt er en betydelig flaskehalsproblematikk i spesialisthelsetjenesten, jf. at 55 pst. (forsiktig estimat) av de innlagte ble vurdert til å være bedre tjent med tilbud på lavere nivå (i DPS eller kommune). Om lag 30 pst. av innlagte i DPS ble tilsvarende vurdert til å være bedre tjent med et kommunalt tilbud. En tilsvarende undersøkelse fra det regionale kompetansesenteret i retts-, fengsels- og sikkerhetspsykiatri i Helse Sør-øst (Rapport 1/09) viser en tilsvarende situasjon på sikkerhetsavdelingene. Dette tyder på et fortsatt stort potensiale for store gevinster ved ytterligere omstrukturering og dermed bedre ressursbruk.

Antall døgnplasser ved distriktspsykiatriske sentre økte med 23 prosent mens sykehjemmene på det nærmeste er avviklet gjennom 90 prosent reduksjon i plasstallet. Det har skjedd en vesentlig styrking av bemanningen av døgntilbudene. Personellfaktoren, som er et estimat på antall årsverk per belagt behandlingsplass, økte med 67 prosent fra 1998 til 2008. Veksten i polikliniske årsverk, inkludert inklusive ambulant virksomhet, har i perioden vært 100 prosent. Målt i antall årsverk har det vært en økning på i alt 1534 årsverk til døgninstitusjoner for voksne, mens det har blitt 1538 flere årsverk i poliklinikker for voksne. Også innenfor tjenestene til voksne finner vi altså at en større andel av ressursveksten enn planlagt har gått til poliklinisk virksomhet, noe som er i tråd med ønsket utvikling.

Utfordringer (Voksne)

Undersøkelsene som ble gjennomført i 2008 viser at de distriktspsykiatriske sentrene må videreutvikles for at de skal kunne ivareta den sentrale funksjonen de er tiltenkt i spesialisthelsetjenesten. Det er stor variasjon i DPSenes tjenestetilbud. Totalbemanningen varierer fra 6 – 49 per 10 000 og dette viser at befolkningen ikke gis et likeverdig behand-

lingstilbud. Målet om at befolkningen skal tilbys et likeverdig behandlingstilbud, uavhengig av bosted, er i så måte ikke nådd. På landsbasis er det et stort antall ubesatte stillinger for psykiatere og psykologspesialister, noe som tilsier at det fortsatt er nødvendig å overføre både funksjoner, kompetanse og ressurser fra sykehus til DPS.

Evalueringen av Opptrappingsplanen (Norges forskningsråd) viser at samhandlingen innen og mellom nivåer er styrket, men at det fortsatt må arbeides for å få til samhandling og flyt i tilbudet, jf. også den omfattende flaskehalsproblematikken omtalt i ovenfor. Evalueringen konkluderer også med at innholdet i tjenestetilbudene er for lite kjent til at en kan si noe om tilbudenes kvalitet. Det må arbeides videre med veiledere for faglige standarder for god evaluering og behandling. Også når det gjelder utdanning og kompetanse har en i liten grad kunnskap om de ulike utdanningsprogrammene faktisk sikrer nødvendig faglig kompetanse. Opptrappingsplanen har særlig fokusert på voksne med alvorlige psykiske lidelser og på barn og unge. Dette har vært en viktig prioritering, men har også ført til at andre pasientgrupper har kommet noe i bakgrunnen. Eldre mennesker med psykiske lidelser og mennesker med lettere psykiske lidelser er i dag pasientgrupper som har et mangelfullt behandlingstilbud.

Et overordnet mål for psykisk helsevern er at behandling i størst mulig grad skjer frivillig. Det må fortsatt arbeides for at bruk av tvang skal reduseres og kvalitetssikres. Det er store variasjoner i landet på dette området. I tillegg må datakvaliteten bedres.

Mål (Barn og unge)

St.prp. nr. 63 (1997-1998) la opp til en betydelig styrking av psykiske helsevern for barn og unge. Flere institusjonsplasser skulle bygges ut og kapasiteten på konsultasjon og veiledning til andre kommunale og fylkeskommunale helse- og sosialtjenester skulle økes. Det var et uttalt mål at psykiske helsevern for barn og unge skulle bidra til et godt samarbeid med barnevernet, pediatrien, rusmiddelomsorgen og psykisk helsevern for voksne. Stortinget hadde bedt Regjeringen spesielt om å samarbeide med fylkeskommunene for at psykiske helsevern for barn og unge skulle bygges ut til en tilfredsstillende dekningsgrad jf. Innst. S. nr. 258 (1996-97) vedtak IV.

Målene for de fylkeskommunale tiltakene for barn og unge var følgende:

- 205 flere døgnplasser til ungdom og omgjøring av behandlingshjem til klinikker med mer aktiv behandling
- 265 flere dagplasser for barn og unge
- 400 flere fagpersoner til poliklinisk virksomhet. Medregnet 50 pst. økning av produktiviteten i poliklinikkene skulle dette gi rom for 166 pst. flere konsultasjoner.
- I psykisk helsevern for barn og unge var det registrert om lag 22 500 pasienter i 1996, noe som utgjorde omtrent 2 pst. av befolkningen under 18 år. Fagmiljøene anslo imidlertid at antallet som hadde behov for tjenester var om lag 5 pst.
- Ett av målene i Opptrappingsplanen var å øke antallet barn og unge som skulle motta et behandlingstilbud til om lag 50 000. Det ble anslått at 5 pst. av denne gruppen, dvs. om lag 2500 personer, hadde behov for institusjonsplass. 1000 av disse barna var under 7 år og hadde ikke behov for døgnplass, men for ulike former for dagtilbud.
- Det ble foreslått en omgjøring fra langtids- til korttidstilbud. Dette innebar at døgnplasser i behandlingshjem kunne omgjøres til mer aktiv behandling over et kortere tidsspenn.

Opptrappingsplanen la opp til en effektivitetsøkning på 50 pst. både i poliklinikker og i den polikliniske aktiviteten i klinikkavdelingene. Dette tilsvarte den ønskede produktivitetsøkningen for de poliklinikkene i psykisk helsevern for voksne. I 1995 ble det gjennomsnittlig utført om lag 1,1 «tiltak» dvs. terapisesjon, konsultasjon, samarbeidsmøte eller tilsvarende, per behandler per dag. Departementet anså det som realistisk å kunne øke produktiviteten med 50 pst.

Tiltak og resultat (Barn og unge)

Døgnplasser

I 2008 var det 323 døgnplasser for barn og unge, en økning på 10 pst. fra 1998 til 2008. I følge Opptrappingsplanen skulle tallet på døgnplasser opprinnelig øke fra om lag 300 til 500 plasser. I de årlige statsbudsjett er Stortinget orientert om at forutsetningene har endret seg gjennom fremveksten av andre behandlingsformer. Måltallet ble redusert til 400 plasser statsbudsjettet for 2005. Det er i senere års budsjetter orientert om at de regionale helseforetakene ikke har planer som tilsvarer dette målet, og at sentrale helsemyndigheter vil avvente utviklingen bl.a. under henvisning til at ventetidene til døgnbehandling er relativt korte.

En foreløpig gjennomgang i 2007 viser at de regionale helseforetakene nå planlegger om lag 350 døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge, jf. St.prp. nr. 1 (2008-2009). Samtidig har gjennomsnittlig ventetid til døgnbehandling for

barn og unge gått ned fra 65 dager 1. tertial 2006 til 44 dager tilsvarende tertial i 2008. Antall ventende har i de samme tertialene gått ned fra 128 til 72.

Økt poliklinisk aktivitet

Veksten har vært betydelig og er hovedårsak til at andel barn og unge som får behandling i løpet av et år er økt fra om lag 2 pst. til nesten 5 pst.

Personelløkning

Personellinnsatsen økte med 75 pst. I planperioden har det vært en klar økning i andelen fagpersonell med høyskole- eller universitetsutdanning.

Det har vært en vesentlig sterkere prosentvis vekst i antall behandlede pasienter enn veksten i ressursinnsatsen. Dette må sees på bakgrunn av den sterkere veksten i poliklinisk personell, en økning på 105 pst., enn i økningen i personell ved dag- og døgnavdelingene som økte med 50 pst. Et årsverk ved poliklinikkene når flere pasienter per behandler sammenliknet med de mer ressurskrevende dag- og døgntilbudene. I tillegg har antall pasienter økt mer enn veksten i personell både for polikliniske tilbud, og for dag- og døgntilbud. Det vil igjen si at hver behandler gir tilbud til flere pasienter.

Driftskostnader

I tråd med intensjonene i Opptrappingsplanen økte driftskostnadene til det psykiske helsevernet for barn og unge mer enn for voksne, jfr. tabell 8.2. Tabellen viser en fordobling av driftsutgiftene til psykisk helsevern for barn og unge mot en vekst på 38 pst. for voksendelen. Av de totale driftskostnadene til det psykiske helsevernet på nasjonalt nivå på 15,9 mrd. kroner, utgjorde driftskostnadene til tjenester for barn og unge 2,7 mrd. i 2008 og 1,3 mrd. i 1998.

Utbyggingen av tjenestetilbudet til barn og unge har fått et annet mønster enn opprinnelig forutsatt i Opptrappingsplanen (St.prp. nr. 63 (1997-1998)). Mens to tredjedeler av ressursøkningen i følge planen skulle gå til dag- og døgnavdelinger og en tredjedel til poliklinikkene, har fordelingen i praksis blitt nær den motsatte, 38 pst. av personelløkningen har gått til avdelingene og 62 pst. til poliklinikkene.

Utfordringer (Barn og unge)

Psykisk helsevern for barn og unge er blitt bygget ut i tråd med intensjonene i opptrappingsplanen. Fortsatt er det regionale og lokale variasjoner som bør følges opp og utjevnes. Det er også et betydelig antall fristbrudd (om lag 20 pst.), som gjør det nødvendig å ha betydelig fokus på organisering og arbeidsmåter i tjenesten fremover.

8.6.1 Tverrgående tiltak for barn og unge

Regionsenter for barn og unges psykiske helse

Regionsentrene for barn og unges psykiske helse (R BUP) har vært sentrale virkemidler for økt kompetanse om barn og unges psykiske helse og rekruttering til feltet, både gjennom utdanning, forskning og veiledning. De fire regionsentre ble opprettet i perioden 1991-1998.

Fra 2003 ble R BUPenes ansvarsområde utvidet til å ikke bare gjelde innsats overfor spesialisthelsetjenesten. Sentrene hadde kompetanse som var relevant i det forebyggende arbeidet for å styrke barn og unges psykiske helse, og for å utvikle det kommunale tilbud på området. Regionsentrenes oppgaver ble derfor utvidet til å gjelde utvikling av kompetanse på barn og unges psykiske helse generelt. Med bakgrunn i en evaluering Helsedirektoratet gjennomførte i 2008 intensiverte RBUP`ene fokus på kommunale oppgaver bl.a ved at alle sentrene har et ansvar for å bistå kommunene i faglig utvikling av lavterskel tilbud som familiesenter/familiens hus.

Strategiplan for barn og unge

Strategiplan for barn og unges psykiske helse »..Sammen om psykisk helse ..» ble lagt fram høsten 2003. Sju departementer samarbeidet om planen, som omfattet hundre tiltak for å styrke barn og unges psykiske helse.

Strategiplanen var en forsterkning av Opptrappingsplanen for psykisk helse sine målsettinger på barne- og ungdomsområdet. Planperioden ble avsluttet i 2008, og rapporteringen viser at 86 tiltak er gjennomført og de øvrige 14 delvis gjennomført.

En rekke tiltak anbefales videreført, blant annet psykisk helse i skolen og økt psykologkompetanse i kommunene.

Strategiplan mot spiseforstyrrelser

Strategiplan mot spiseforstyrrelser ble lagt fram våren 2000. Som en oppfølging av strategiplan mot spiseforstyrrelser har det blitt implementert ulike tiltak både på det forebyggende, behandlingsmessige og kompetansehevende felt. Det ble blant annet opprettet et nasjonalt klinisk nettverk for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser med representanter fra alle helseregioner som har vært viktige i etableringen av regionale behandlingstiltak.

Flatøutvalget

Barne- og likestillingsdepartementet nedsatte i 2008 et offentlig utvalg (Flatøutvalget). Utvalget skal se på organiseringen av tilbudet til utsatte barn og unge. Organisatoriske og juridiske virkemidler er fremhevet i mandatet til utvalget, som skal levere sin innstilling i løpet av 2009. Hovedformålet er å bedre samarbeidet mellom spesialisert rusbehandling, kommunalt rusarbeid, kommunalt psykisk helsearbeid, psykisk helsevern for barn og unge og barnevern for de mest utsatte barn og unge. Samhandlingsreformens fokus på forebyggende og integrerte helsetjenester bereder grunnen for et samarbeid om bedre og mer helhetlige tjenester for barn og unge jf. omtale på kap. 764, post 72 om Strategi for kommunalt arbeid for barn og unges psykiske helse.

8.7 Arbeid og arbeidsrettede tiltak

Mål

Opptrappingsplanens måltall var at Arbeidsmarkedsetatens innsats skulle styrkes slik at 4000 flere personer fikk tilbud i løpet av planperioden, svarende til 186 mill. kroner i økte utgifter til personell og tiltaksplasser.

Integrering i arbeidslivet er viktig for den enkeltes identitet, stilling i samfunnet og utviklingsmulighet. Mennesker med psykiske lidelser eller problemer utgjør en stor del av dem som står utenfor arbeidslivet, eller står i fare for å falle ut. Mange av disse trenger samordnede tilbud fra helse- og sosialtjenesten og arbeids- og velferdsetaten for å kunne utnytte sin arbeidsevne.

Da Opptrappingsplanen startet var det behov for mer kunnskap om situasjonen til mennesker med psykiske lidelser i arbeidsmarkedet, og en utvikling og supplering av tilbud om arbeid, attføring og aktivisering. Satsing på arbeidsrettede tiltak slik at flere kan komme i arbeid sto derfor sentralt. Dette skulle ses i sammenheng med utbyggingen av behandlings- og aktivitetstilbud i kommunene. Bedre tilbud på disse områdene er en forutsetning for at flere skal kunne benytte tilbudene i Aetat (nå NAV arbeid). Behandling og rehabilitering bør skje parallelt med yrkesforberedende tiltak, i nært samarbeid mellom helse- og sosialsektoren og arbeidsmarkedsetaten. Det var store problemer når det gjaldt gjensidig kunnskap, samarbeid og koordinering mellom arbeidsmarkedsetaten og helse- og sosialsektoren vedr. målgruppen.

Behovet for ekstra veiledning, avklaring, oppfølging, tverretatlig samarbeid og formidling i forhold til målgruppen, tilsa også en personellmessig styrking av Aetat.

Tiltak

Det er satt av opptrappingsmidler over Arbeids- og administrasjonsdepartementets budsjett (nå Arbeids- og inkluderingsdepartementet) med en gradvis årlig økning, i tillegg til den direkte finansieringen av etablering av tiltaksplasser for mennesker med psykiske lidelser. I 2004 startet samarbeidsprosjektet «Vilje Viser Vei», senere «Vilje Viser Vei – NAVs satsing på arbeid og psykisk helse» med ulike utviklingstiltak for å styrke tilbud i og samarbeid mellom arbeidsmarkedsetat, trygdeetat, helse- og sosialsektor. Arbeidet i prosjektet tydeliggjorde behov for en bred satsing på feltet. Høsten 2007 lanserte regjeringen «Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012). Strategien viderefører og styrker den arbeidsrettede innsatsen i Opptrappingsplanen, herunder tilbud utviklet og igangsatt under «Vilje Viser Vei» som videreutvikles og spres. Strategien skal ses i nær sammenheng bl.a. med avtalen om Inkluderende Arbeidsliv (IA-avtalen). Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet samarbeider om oppfølging av tiltakene i planen som også involverer Direktoratet for arbeidstilsynet, partene i arbeidslivet, brukerorganisasjoner mv. Arbeids- og velferdsdirektoratet har ansvar for oppfølging av de fleste tiltakene. Satsingen forutsetter et nært samarbeid mellom NAV og helsesiden på alle nivå. I 2008 ble det satt av 218 mill. kroner over Arbeids- og inkluderingsdepartementets budsjett, herunder tiltaks- og driftsmidler, og 30 mill. kroner over Helse – og omsorgsdepartementets budsjett, til oppfølging av tiltakene i strategien.

Resultater

Måltallet om tilbud i NAV Arbeid til 4000 flere personer med psykiske lidelser er oppfylt. NAV og (sosial- og) helsetjenesten samarbeider for å styrke områdene Samarbeid og samordning, Brukermedvirkning og selvhjelp, Tiltak og tjenester, Kompetanse, nettverk, informasjon og holdninger, samt Kunnskap, forskning og utvikling.

For å bedre samarbeidet med helsetjenesten på systemnivå, ivareta nettverksbygging mellom ulike samarbeidsparter og det faglige arbeidet med oppfølging av den arbeidsrettede delen av Opptrappingsplanen, er det fra 2005 til 2006 tilsatt koordinatorer for arbeid og psykisk helse i NAV på sentralt nivå og i alle landets fylker. Disse bidrar til utvikling av tiltakstilbudet og har skapt viktige samarbeidsarenaer mellom arbeids- og velferdsforvaltningen, helsetjenesten og øvrig tjenesteapparat. Stillingene videreføres.

Mennesker med psykiske lidelser trenger ofte tettere oppfølging enn det NAV vanligvis kan gi. For å ivareta slike brukerbehov og samordning av bistand mellom arbeids- og velferdsforvaltningen, tilgrensende tjenester og arbeidslivet på en fleksibel og individuelt tilpasset måte er det i regi av nasjonal strategiplan tilsatt 42 veilednings- og oppfølgingsloser, hovedsakelig i de største byene. En foreløpig evaluering viser at både brukerne og NAV er svært fornøyd med dette tilbudet.

Det satses bevisst for å få et godt samarbeid med brukerorganisasjoner og enkeltbrukere. For å nyttiggjøre brukererfaringen i arbeidslivet, er det startet opplæring for å skolere brukere til å bli erfaringskonsulenter i virksomheter innen området arbeid og psykisk helse – «Medarbeider med brukererfaring». Det er et hovedanliggende å videreutvikle tiltak og tjenester slik at de i enda større grad kan tilpasses brukerens behov. NAVs øremerkede tiltaksplasser er nyttet til dette formål og er i særlig grad fokusert på lavterskeltilbud. Dette inkluderer bl.a. bedre tilbud til ungdom og «Grønt arbeid» som er et eksempel på et lavterskeltilbud utviklet i samarbeid med landbruksmyndighetene. Det gis stimuleringsmidler til utvikling av lavterskeltilbud i kommunene med motivasjons- og mestringsstyrkende tiltak som kan støtte/lede til arbeidsrettede løp for den enkelte, herunder Fontenehus.

Etter lovende resultater i pilotprosjekter, satses og forskes det på systematisk utprøving av ny metodikk basert på kognitiv tilnærming i tilsammen 13 fylker, når det gjelder «Jobbmestrende oppfølging» både i forhold til personer med lettere psykiske lidelser og personer med psykoselidelse. Nært og forpliktende samarbeid mellom NAV og helsetjenestene inngår i metodikken. Mange med psykiske lidelser har behov for støtte for å følge et studieopplegg på vanlig måte. «Studier med støtte» er et samarbeid mellom NAV og utdanningsmyndighetene og er utvidet til flere studiesteder. I utvalgte fylker er det satt i gang metodeutvikling på området rus, arbeid og psykisk helse.

Det er satt i gang ulike lokale kompetansetilbud på tvers av etatsgrenser for saksbehandlere/behandlere som jobber med personer med psykiske lidelser. I samarbeid med bl.a. arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene utarbeides kurspakker for arbeidslivet. Det er utarbeidet en felles kommunikasjonsstrategi mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet. Som en del av denne mottar Rådet for psykisk helse tilskudd i 2009 for å gjennomføre «Gjestebud» for arbeidslivsaktører i alle fylker i samarbeid med NAV.

Utfordringer

Mennesker med psykiske lidelser utgjør en stadig større andel av de som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet. Når det gjelder uføretrygdede er økningen størst i aldersgruppen 20 – 39 år med lettere psykiske lidelser. Det er viktig med satsing både i forhold til mennesker med lettere psykiske lidelser og de med moderate og alvorlige psykiske lidelser. Det er særlig viktig å hindre at flere unge med psykiske helseproblemer faller utenfor opplæring/utdanning og arbeidsliv. Her har skole-/utdanningssektor og arbeidsliv et hovedansvar og videreutvikling av samarbeid sektorer og instanser i mellom er nødvendig. Forskningsrådets evaluering av Opptrappingsplanen tydeliggjør behov for fortsatt og langsiktig satsing når det gjelder arbeid, skole/utdanning, meningsfylt aktivitet og sosial funksjon. Tilbakemelding fra brukerorganisasjonene tilsier også fortsatt satsing på inkludering i arbeidslivet.

Det er behov for systematisk utprøving av nye metoder både innen psykisk helsevern og i kommunene og i nært samarbeid med arbeids- og velferdsforvaltningen. Behandling og opplæring i ulike mestringsteknikker må i større grad skje i tilknytning til utdanning og arbeid, og inkludere opplæring og veiledning av attføringskonsulenter, ledere/ personalansvarlige, medarbeidere o.a. Den nasjonale strategiplanen ivaretar viktige utfordringer. Den må ses i nær sammenheng med andre pågående satsinger bl.a. med tilsetting av psykologer i kommunene og utvikling av lavterskel behandlingstilbud der, samt utvikling av ny metodikk i psykisk helsevern. Satsingen har gjort det mulig for NAV å følge opp brukerne i større grad, og har tydeliggjort behovet for ekstra oppfølgingsressurser for å ivareta målgruppen.

Det kan vises til mange tiltak med gode resultater/erfaringer. Det er imidlertid for tidlig å se langtidseffekten av pågående satsing. Det er viktig å vinne mer kunnskap og spre gode tiltak og metoder som vi vet har effekt. Uviklingen bør følges over tid, herunder hvor mange som kommer (tilbake) i jobb helt eller delvis og hvor mange som blir værende i arbeidslivet og ikke faller ut (igjen). Evaluering og finansiering av fontenehusmodellen bør utredes nærmere. Videre utfordringer er: tilstrekkelige personalressurser i NAV, kompetanse og kontinuitet, fortsatt utbygging av lavterskel behandlings- og mestringstilbud, videreutvikling av felles tenkning, tilnærming og metodeutvikling innen NAV og helsetjenesten.

8.8 Personellbehov, utdanning og forskning

Personellbehov

Mål

Personellbehovet som ble anslått måtte dekkes for å oppfylle måltallene i St.prp. nr. 63 (1997-1998) var i alt 9275 nye årsverk fordelt på 375 leger, 940 psykologer, 4360 høyskoleutdannet helse- og sosialfaglig personell samt om lag 3600 personell uten slik bakgrunn. Av de 9275 årsverkene var måltallet for kommunene på 4770 årsverk. De resterende 4505 årsverkene skulle dermed gå til spesialisttjenesten. For spesifisering av bemanningsveksten i henhold til kommunene og spesialisthelsetjenesten vises det til avsnittene 8.5 kommunale tiltak og 8.6 Spesialhelsetjenesten.

Tiltak

Det sentrale virkemiddelet for å styrke bemanningen på psykisk helsefeltet var å øke de økonomiske rammene for grunn- og videreutdanninger, og sørge for tilstrekkelig kapasitet i disse utdanningene. Studier har vist at satsingen var vellykket. Samlet sett har veksten blant universitets- og høgskoleutdannede vært på 107 pst. i perioden 1998-2005, mot planlagt 72 pst. Gjennom planperioden økte kapasiteten ved de aktuelle utdanningene innen psykisk helsevern og psykisk helsearbeid (SINTEF 2007).

Resultater

Totalt i spesialisthelsetjenesten var det en vekst fra 15 809 årsverk i 1998 til 20 490 i 2008, en økning på 4681 årsverk. Måltallet på 4505 årsverk er dermed oppfylt.

Tallet for nye legeårsverk i spesialisthelsetjenesten økte fra 1036 årsverk (586 psykiatere og 450 andre leger) i 1998 til i alt 1588 årsverk (921 psykiatere og 667 andre leger) i 2008 eller en vekst på 552 årsverk. Måltallet på 375 legeårsverk er dermed overoppfylt. Det var ikke noe måltall for legeårsverk i kommunene.

Antall psykologer i spesialisthelsetjenesten var i 1998 1009, i 2008 2117, en økning på 1108 årsverk. For kommunenes del mangler vi 63 psykologårsverk på å oppfylle måltallet på 184 kommunepsykologer. For kommunene og spesialisthelsetjenesten under ett er det samlede resultatet på 1229 årsverk. Samlet måltall for psykologtilgang er dermed oppfylt.

Tilgangen på høyskoleutdannet helse- og sosialfaglig personell har vært vesentlig bedre enn opprinnelig antatt og har gitt om lag 7300 årsverk. Måltallet på 4360 årsverk er dermed overoppfylt. Siden samlet tilgang på høyskoleutdannet og annet personell i hovedsak har vært som forutsatt, er tilgangen på annet personell tilsvarende mindre, i størrelsesorden 700 årsverk.

Utfordringer

En sentral målsetting er å sørge for at befolkningen får et likeverdig helsetilbud uavhengig av bosted. Studier har vist store geografiske variasjoner i personelldekningen, og spesielt i spesialistbemanningen, ved DPSene.

Utdanning

Mål

Av Opptrappingsplanen fremgikk det at bevilgningen til utdannings- og kompetansehevende tiltak i barne- og ungdomspsykiatrien skulle økes med 50 mill. kroner, regionssentrene for barn og unges psykiske helse skulle styrkes, tilskudd til spesialist- og videreutdanninger samt andre kompetansehevende tiltak i løpet av planperioden skulle også styrkes.

Videre- og etterutdanningstiltak innen psykisk helsevern for voksne skulle økes med 71 mill. kroner. Tiltakene omfattet spesialistutdanning, andre kompetansehevende tiltak og opplæring av ufaglærte.

Tiltak

Når det gjelder utdanningstiltak for personell som jobber med barn og unge har hovedsatsingen i planperioden vært rettet mot økonomisk styrking av de fire regionsentrene for barn og unges psykiske helse (RBUP Øst og Sør, RBUP Vest, RBUP Midt-Norge og RBUP Nord). Regionsentrene står for en viktig del av videre- og etterutdanningsaktiviteten for ansatte i både psykisk helsevern og i kommunene.

I 2007 ble det etablert en tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge. Videreutdanningen er oppdragsfinansiert og tilbys ved flere av landets høgskoler. Utdanningen ble opprettet for å styrke høgskoleutdannet personells kompetanse i tråd med barn og unges behov.

For personell som jobber med voksne med psykiske lidelser har satsingen på utdanningstiltak bl.a. vært rettet som tilskudd og støtte til institutter og foreninger som driver med videre- og etterutdanning som f.eks. SEPREP, Institutt for psykoterapi og Norsk psykoanalytisk institutt. Instituttene og foreningene driver etter- og videreutdanning

som både er relevant for psykiatere, psykologer og annet høyskole- og universitetsutdannet personell.

For å øke kompetansen i landets kommuner og bydeler ble det i starten av planperioden opprettet en tilskuddordning knyttet til tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid. Ordningen er basert på lønnstilskudd til kommunene. I 2007 ble tilskuddsordningen utvidet til også å omfatte tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge.

Under planperioden ble Kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne etablert. Senteret har bl.a. i oppgave å vurdere behovet for kompetansehevede tiltak og ta initiativ til nye etter- og videreutdanningstiltak.

Resultater

Satsingen på etter- og videreutdanning, og særlig den tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid gjennom Opptrappingsplanen, har gitt gode resultater. I perioden 2000-2008 har om lag 6300 studenter fullført videreutdanningen. Den gode rekruttering til videreutdanningen må sees i sammenheng med tilskuddsordningen som ble opprettet for kommuner og bydeler. SEPREPs utdanningsprogram representerer også en sentral satsing på kompetanseheving gjennom Opptrappingsplanen. Statistikk viser at i underkant av 3000 kandidater har gjennomført SEPREP i løpet av planperioden.

Foreningene og instituttene som mottok støtte gjennom planperioden har spilt en viktig rolle i videre- og etterutdanningen av psykologer, psykiatere og annet høyskole- og universitetsutdannet personell. Eksempelvis deltok om lag 1800 kandidater på ulike videre- og etterutdanninger som hadde en varighet på ett år eller mer i 2007. I tillegg deltok om lag 1500 psykologer på spesialiseringskurs i regi av Norsk psykologforening.

Utfordringer

Til tross for at en har lykkes med å nå de kvantitative målsettingene knyttet til rekruttering av ulike personellgrupper i Opptrappingsplanen, er kunnskapsgrunnlaget tynt hva angår om utdanningsprogrammene faktisk sikrer den nødvendige faglige kompetanse. Det kan derfor være behov for å se nærmere på kvalitet og innhold i utdanningstilbudene i forhold til behovet i tjenestene.

Forskning

Mål

Opptrappingsplanen la opp til en økning i tilskudd til forskningsformål på 40 mill. kroner i løpet av planperioden til Norges forskningsråds programmer for mental helse og helsetjenesteforskning, schizofreniforskning og statistikkutvikling for å styrke kunnskapsgrunnlaget. Det har vært etablert et eget evalueringsprogram i samarbeid med Norges Forskningsråd for å følge effektene av Opptrappingsplanen etter hvert som denne ble gjennomført, og eventuelt legge et grunnlag for justering i bruken av virkemidlene. Det ble satt av 5 mill. kroner per år i opptrappingsperioden.

Tiltak

I opptrappingsplanperioden har forskningen på psykisk helse blitt styrket. Midlene har primært blitt fordelt via Norges forskningsråd, men også til Regionsentrene for barn og unges psykisk helse, Senter for atferdsproblemer og innovativ praksis, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress og Nasjonalt folkehelseinstitutt. De regionale helseforetakene har hatt, og har, et selvstendig ansvar for å drive forskning på psykisk helseområdet.

I planperioden ble det avsatt midler til forskningsprogram for evaluering av Opptrappingsplanen. Norges forskningsråd ble tildelt oppdraget og evalueringen var en tematisk bred systemevaluering der hovedhensikten var å avdekke om virkemidlene hadde bidratt til å oppfylle planens intensjoner.

Resultater

Norges forskningsråds evaluering av Opptrappingsplanen viser at det er avsatt 1 484 mill. kroner i perioden 1999-2008 til forskning som er relevant for Opptrappingsplanen. I tillegg til midler bevilget gjennom Norges forskningsråd, inkluderer beløpet også midler til de regionale helseforetakene, Nasjonalt folkehelseinstitutt og andre offentlige kilder. Dette har resultert i en sterk økning i antallet vitenskapelig publiseringer innenfor fagfeltet. Den relative veksten for dette fagområdet har vært betydelig større enn i klinisk medisin generelt. Tall for 2007 viser at institutter i universitets- og høgskolesektoren stod for 59 prosent av den vitenskapelige publiseringen innenfor psykiatri/psykologi, helseforetakenes andel (inklusive universitetssykehusene) utgjorde 31 prosent, mens instituttsektoren bidro med ti prosent. Forskningen har først og fremst bidratt til å øke kunnskapsgrunnlaget, men også til å skape en bedre oversikt over behovene i sektoren.

Norges forskningsråds Program for psykisk helse 2006-2010 har som overordnet mål å bidra til utvikling av relevant kunnskap for å fremme den psykiske helsen. Et viktig delmål er å øke kunnska-

pen om forholdet mellom psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Programmet har følgende prioriteringer: barn og unges psykiske helse, sosiale og kulturelle faktorer ved psykisk helse og forskning om alvorlige psykiske lidelser, herunder forskning om psykisk helse og rusmiddelbruk. Programmet har prosjekter innenfor alle prioriterte temaer i programplanen, og Norges forskningsråd finansierer gjennom programmet 43 prosjekter (2008).

Nasjonalt folkehelseinstitutts virksomhet innen psykisk helse er vesentlig styrket i opptrappingsperioden. I 2006 ble fagfeltet organisert som en egen divisjon ved instituttet. I dag omfatter divisjonen drøyt 100 forskere og har et stort nasjonalt og internasjonalt nettverk. Forskningen gir grunnlag for råd og informasjon om psykisk helse til helsemyndigheter, helseforetak, media og publikum. Folkehelseinstituttet følger utviklingen i den psykiske helsen i befolkningen og driver forskning på alle de viktigste psykiske sykdommene, selvmord, selvskading og helserelatert atferd som er relevant for psykisk helse. Nye satsingsområder er konsekvenser av psykisk sykdom, demens, sammenhengen mellom rusmiddelmisbruk og psykisk sykdom, og metoder både for å forebygge og mestre psykiske problemer. Det er i løpet opptrappingsperioden etablert et system for rapportering om befolkningens psykiske helse.

Siden opprettelsen i 2004 har Kunnskapssenteret arbeidet med å styrke kunnskapsgrunnlaget for faglige beslutninger i helsetjenesten og forvaltningen. Hensikten har vært å bidra til at beslutninger i helsetjenesten blir fattet på et best mulig kunnskapsgrunnlag, slik at tjenestene som tilbys brukerne blir virksomme og trygge. Kunnskapssenteret sammenfatter forskning innen helse, måler kvalitet på helsetjenester og bidrar til å utvikle og forbedre kvaliteten på helsetjenester. I oppsummering av kunnskap har det vært spesielt fokus på spørsmål der det er faglig uenighet, tvil om effekt av behandling eller tiltak, store geografiske variasjoner i Norge og om tilstander eller tiltak som angår et stort antall pasienter. Kunnskapssenteret har bidratt i utviklingen av kvalitetsindikatorer i helsetjenesten og har gjennomført brukererfaringsundersøkelser i flere tjenester. Kunnskapssenteret har også arbeidet med å bedre pasientsikkerhet gjennom å analysere data fra eksisterende nasjonale meldesystemer for å avdekke årsaker til uønskede hendelser og for å komme med konkrete tiltak for å forebygge gjentagelse.

Psykisk helse har vært et prioritert område i Folkehelseprogrammet. Forskningsprogrammet har som mål å bidra til økt kunnskap om forebyggende tiltak. Det ble i samarbeid med forskningsprogrammene Psykisk helse og Helse- og omsorgstjenester arrangert en metodekonferanse med internasjonale eksperter på forskningsmetoder på feltet i 2008. Forskningsprogrammet avsluttes i 2010.

Utfordringer

Det er fortsatt behov for mer kunnskap om årsaker til psykiske problemer og lidelser og effektive tiltak for å forebygge og behandle. Norges forskningsråd, de regionale helseforetakene, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Kompetansesenter for psykisk helsearbeid, regionsentrene for barn og unge, Senter for atferdsproblemer og innovativ praksis, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, og andre relevante institusjoner vil sentralt i det videre arbeidet

Kvalitet, innhold og kompetanse. Kultur og holdninger i tjenesteapparatet

Kvalitetsutvikling i tjenestene er et ansvar for de ansvarlige for tjenestene på ulike nivåer. Selv om Opptrappingsplanen er avsluttet, er det viktig at kvalitetsarbeidet i tjenestene videreføres. Råd og veiledning, utgivelse av faglige retningslinjer og veileder og stimulering til fortsatt fagutvikling og formidling av statistikk vil være viktige oppgaver for statlige myndigheter framover.

Videre er det viktig at det sikres at de relevante utdanningene har eller utvikler et innhold i tråd med de overordnede føringene på psykisk helsefeltet. Disse føringene må også prege kulturene og holdningene i tjenesteapparatet.

8.9 Kommunikasjon og holdninger

I tråd med desentraliseringen og utbyggingen av tjenestene har det i perioden vært jobbet for økt aksept og endrede holdninger knyttet til mennesker med psykiske problemer. Internasjonale studier har vist at negative holdninger til mennesker med psykiske problemer påvirker mulighetene de har på boligmarkedet, på jobbmarkedet og i samfunnet for øvrig. For å styrke folks evne til å mestre selv og for å få de som trenger det til å søke hjelp på et tidlig stadium har det vært satset på å øke kunnskapen om psykisk helse, psykiske lidelser, hjelpetilbud og rettigheter.

I 1998 ble det avsatt 2 millioner kroner til informasjonstiltak og det ble hvert år utvidet med flere målgrupper og flere aktiviteter. I 2008 ble det brukt 34 millioner kroner på kommunikasjonstiltak, samt 12 millioner til Psykisk helse i skolen. I fase 1 ble det utarbeidet tiltak mot skole og lokalmiljøer gjennom satsingene undervisningspro-

grammer og Verdensdagen for psykisk helse. Dette bottom-up-perspektivet skulle gjøre psykisk helse til et tema i mange ulike miljøer og gi lokalt engasjement. Tiltakene ble i hovedsak utført av brukerorganisasjonene på psykisk helse-feltet. Skoleprogrammene ble i 2004 samlet i den nasjonale satsingen «Psykisk helse i skolen» www.phis.no. I 2008 var det over 120 000 elever som har gjennomført minst et kurs. Evalueringer av programmene viser at elevene får mer kunnskap om psykisk helse og hjelpeapparatet. Fordomsfulle holdninger reduseres som resultat av deltakelse.

Det har vært flere større satsinger i Opptrappingsplanperioden i regi av frivillige organisasjoner. Bl.a. har Rådet for psykisk helse i planperioden drevet et femårig prosjekt, Kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid, KUP, med fokus på holdninger og kommunikasjon mellom brukere og tjenesteapparatet. Temaer som har vært belyst har vært brukermedvirkning, sammenheng i tjenestene og behovet for tjenester nært der mennesker bor. I prosjektperioden ble det bl.a. gitt noe økonomisk støtte og faglig bistand til ulike kvalitetsforbedringsprosjekter lokalt og det ble arrangert møteplasser mellom brukere, pårørende og fagfeltet flere steder i landet. Hensikten var å styrke dialogen og og for å løse lokale utfordringer ut fra et brukerperspektiv. Det ble utarbeidet flere rapporter i prosjektperioden basert på erfaringer fra prosjektarbeidet.

Mental Helse har stimulert til lokale markeringer av Verdensdagen for psykisk helse 10.oktober og årlig har det vært over 1000 markeringer over hele landet. Om lag halvparten av befolkningen legger merke til Verdensdagen.

I 2003 ble det utformet en mediestrategi for å forsterke utviklingen av tjenestetilbudet og stimulere mediene til å skrive flere saker om psykisk helse. Medieanalysene viser i hovedsak at det totale mediebildet (av alle aviser i Norge) er preget av historier om åpenhet, at enkeltpersoner får hjelp og faktasaker om hva psykiske problemer er. Det har vært et økende innslag av saker om etablering av nye kommunale tiltak som kan relateres til informasjonssatsinger.

I 2004 ble det avdekket et behov for mer informasjon rettet mot tjenestene. Målet med informasjonstiltakene var å øke kunnskapen om Opptrappingsplanens mål, tiltak, virkemidler og resultater. Sentrale tiltak var og er nyhetsbrevet/magasinet Psykisk, nettartikler på www.helsedir.no/psykisk for tjenesten, konferanser og medietiltak i alle fylker. Tiltakene er fulgt med ulike evalueringer. Undersøkelsene viser at kjernemålgruppen med psykisk helsearbeidere i kommunene nås i all hovedsak med informasjon om sentrale veiledere. Det er gjennomført leserundersøkelser i 2006 og 2009 av bladet Psykisk. Over 60 pst. av målgruppen leser bladet og 88 pst. er fornøyd med det.

For å øke kunnskapen i flere målgrupper i befolkningen ble kampanjen «Et åpent sinn» utarbeidet i 2007. Kampanjen har hatt ungdom som målgruppe i 2007 og 2009 og voksne i 2008. Høsten 2009 planlegges en ny kampanje mot voksne. Virkemidlene som er brukt er film, annonser, brosjyrer, nett, medietiltak, konferanser og lokale arrangementer.

For å øke kunnskapen om psykisk helse og hjelpetilbudet hos minoritetsspråklige, er det utarbeidet og oversatt informasjonsmateriell om psykisk helse og hjelpetilbudet på de 17 mest brukte minoritetsspråkene. Informasjonspakkene ble gjort gratis tilgjengelig for tjenesten og i 2008.

For å virke må kampanjer ha nær tilknytning til utviklingen av de strukturelle tjenestetilbudene i Opptrappingsplanens regi.

Evalueringene av kampanjene viser at kunnskapen hos ungdom øker og at de fleste opplever å ha fått nyttig informasjon gjennom kampanjen.

Resultater

Norsk institutt for by og regionforskning har på oppdrag fra Norges Forskningsråd undersøkt kunnskap og holdninger i befolkningen i perioden og funnet at færre mener det er flaut å ha psykiske problemer og det er en mindre tendens til negative holdninger i befolkningen i 2007 enn i 2002. Halvparten av befolkningen mener de ikke har tilstrekkelig kunnskap om psykisk helse. Folk flest legger i liten grad for dagen stigmatiserende holdninger. Det er en mindre tendens til stigmatiserende holdninger til psykisk sykdom og psykisk syke i 2007 enn i 2002. Det er færre som mener at man bør løse problemene selv hvis man får psykiske problemer. Betydelig færre synes personer med psykiske problemer er en belastning å være sammen med. Det er et lite mindretall som mener at det ikke er håp om å bli frisk av psykisk sykdom.

Det er et klart flertall som mener at psykiske problemer på sikt kan gi livet styrke. Folk ser mer optimistisk på mulighetene til å komme seg etter psykisk sykdom nå enn i 2002.

Rapporten viser at folk er svært engasjerte i den psykiske helsen til folk som står nær – seks av 10 vil engasjere seg i venners og families psykiske problemer. Kvinner, folk som jobber i helse- og velferdssektoren og de som kjenner noen som har vært syk har størst engasjement. Alle disse gruppene er blitt klart mer engasjert i perioden fra 2002

til 2007. De aller fleste sier de vil være åpne om psykiske problemer – det samme som i 2002. Nesten alle ville være åpne overfor familien, 3 av 4 overfor venner, halvparten overfor kollegaer.

Rapporten viser at det er en markant endring i hvor folk vil søke etter informasjon om psykisk helse: flere vil søke på internett etter slik informasjon. Færre vil søke informasjon hos legen i 2007, men fremdeles er det 60 prosent som oppgir legen som en viktig informasjonskilde.

Rapporten viser at det er stor oppslutning om økt offentlig satsing på tilbud til mennesker med psykiske problemer. Et stort flertall er uenig i påstandene om at det brukes tilstrekkelig ressurser på barn og ungdom. Det er flere negative holdninger blant dem som jobber innen håndverk, transport og produksjon. Det er også ganske markante forskjeller mellom kvinner og menn – kvinner er bedre informert, mer engasjert, mer åpne og også mer forståelsesfulle og realistiske i sine holdninger.

Ufordringer

Økt kunnskap og åpenhet er en nødvendig del av arbeidet for å forebygge psykiske problemer. Studier viser at det er nødvendig med et kontinuerlig fokus for å opprettholde kunnskap og forhindre negative holdninger knyttet til mennesker med psykiske lidelser. For å styrke det forebyggende og helsefremmende arbeidet er det nødvendige med fortsatt kampanjevirksomhet mot større målgrupper. Økt kunnskap kan forebygge og gi hjelp til selvhjelp, samtidig som det er nødvendig å gi folk kunnskap om når de bør søke hjelp og hvor de bør søke hjelp. I 2008 ble det i samarbeid mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet utformet en kommunikasjonsstrategi som skal støtte opp under tiltakene i Strategiplanen for arbeid og psykisk helse som går frem til 2012. Rådet for psykisk helse fortsetter med å arrangere Gjestebud for å øke kunnskapen om psykisk helse blant ledere.

Det legges opp til å bruke kommunikasjonstiltak for å forsterke innsatsen i forebygging av angst og depresjon. Arbeidet med å øke åpenheten i samfunnet via markering av Verdensdagen for psykisk helse er viktig for å ivareta markeringer i lokalmiljøet. Ulike kommunikasjonstiltak som nett, nyhetsbrev, mediearbeid, konferanser, informasjonsmateriell etc. er viktig for å understøtte og styrke utviklingen i tjenestene.

8.10 Økt hjelp til grupper med særlige behov

I planperioden ble det åpnet for utvidelse av kapasitet i private institusjoner med tilbud til pasientgrupper særskilte behov. Grupper som ble nevnt her var innvandrere, flyktninger og asylsøkere, personer med psykiske lidelser og personer med samisk bakgrunn, døve og døvblinde, psykisk utviklingshemmede, rusmiddelmisbrukere, sedelighetsdømte, og mennesker med psykiske lidelser som ble vurdert som særlig vanskelige og farlige. Det skulle etableres et kompetansesenter for voksne og for barn og unge med samisk bakgrunn. Det skulle bygges tre kompetansesentre ved regionale sikkerhetsavdelinger med alvorlige sinnslidelser skulle, samt etableres 160 nye plasser til personer som ble idømt psykiatrisk behandling.

Døve med psykiske lidelser

Tilbudet til døve og døvblinde med psykiske lidelser er styrket. Det er etablert en landsdekkende funksjon for barn, unge og voksne ved Gaustad sykehus, Helse Sør-Øst.

Dette senteret skal være et kompetansesenter, ha regionalt klinisk tilbud til Helse Sør-Øst og klinisk landsfunksjon.

Psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser

Målet var å vurdere behovet for å bygge opp tjenestetilbud og kompetanse innen psykisk helsevern for psykisk utviklingshemmede med alvorlige adferdsavvik eller psykiske lidelser. Målet var videre å utrede et eventuelt behov for mer varige interkommunale eller fylkeskommunale botilbud til psykisk utviklingshemmede med så store adferdsavvik at særlig mindre kommuner har problemer med å etablere tilfredsstillende tjenester for denne gruppen- med utprøving og forsøksvirksomhet.

Det har vært gitt støtte til flere kompetansehevende tiltak, modellutprøving og utvikling- og forskningsprosjekt på dette området. Nasjonalt fagnettverk for utviklingshemming og psykiske lidelser er etablert v/ NAKU (Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning)

Det er svært varierende hvordan denne gruppen ivaretas i landet, og det er fortsatt lite kompetanse blant ansatte innen psykisk helsevern for å ivareta denne gruppen. Der det er etablert sentraliserte spesialenheter med særlig kompetanse på området, gis det et godt tilbud til de med alvorlig utviklingshemning. DPS gir tilbud til de med lett utviklingshemning, mens de med moderat utviklingshemning fortsatt faller mellom mange stoler. De sentraliserte spesialenhetene har bare kapasitet til de med alvorlig utviklingshemning, samt at det i deler av landet (Helse Vest) ikke er etablert slik enhet.

Det er behov for kompetanseheving innen psykisk helsevern, habiliteringstjenesten og i kommunen om psykisk utviklingshemning og psykiske lidelser. I tillegg må det utvikles samhandlingskompetanse mellom disse tjenestene, oppgaven må løses i fellesskap. Det er behov for å etablere flere spesialiserte enheter der det mangler. Denne gruppen vil også profitere på mer ambulante tjenester.

Tilbud til personer med psykiske lidelser i den samiske befolkningen

Det er etablert kompetansesentre i Karasjok og Lakselv i psykisk helsevern for den samiske befolkningen, ett for voksne og ett for barn og unge.

Rusmiddelavhengige med alvorlige psykiske lidelser

Målet var at tjenestene må være organisert slik at de på en best mulig måte er tilpasset de sammensatte hjelpebehovene som mange av disse pasientene har. Ansvaret for tjenestene skal følge normal ansvarsfordeling mellom helse- og sosialtjenestene.

Flere sykehus har egne avdelinger for pasienter med en psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet. De distriktspsykiatriske sentrene (DPS) skal ha kompetanse til å diagnostisere, behandle og følge opp denne gruppen. I tilknytning til mange DPSer er det etablert egne rusavdelinger. Det er opprettet oppsøkende team som spesielt følger opp personer med rus- og psykiske lidelser. Det i tillegg er opprettet flere typer botilbud som er tilpasset gruppens behov for oppfølging.

Det mangler fortsatt kunnskap innen psykisk helsevern om rusmiddelavhengighet og innen tverrfaglig rusbehandling om psykiske lidelser. Individuell plan er ikke utarbeidet for alle som kunne ha stor nytte av koordinerte tjenester. Retningslinjer for utredning og behandling av personer med rus- og psykiske lidelser vil bli ferdig i 2010.

Behandlingstilbud til sedelighetsdømte

Målet i St.prp. nr. 63 (1997–1998) var utvide behandlingstilbudet til sedelighetsdømte og prøve ut frivillig hormonbehandling.

Det er tilbud om kognitive behandlingsprogrammer for sedelighetsdømte som er innsatt i fengsel både i Oslo (Ila), Bergen og Trondheim. Ved Ila er det i tillegg tilbud om psykologisk behandling av Institutt for klinisk sexologi (IKST). I Trondheim er det etablert et frivillig behandlingstilbud med bruk av hormoner i tillegg til psykologisk behandling. Det er gitt statlige midler til noen prosjekter for å følge opp personer etter løslatelse for slik å forebygge nye overgrep. Betanien BUP i Bergen har utviklet tilbud om kartlegging av seksuelle overgrep begått av barn under 18 år, samt en behandlingsmodell. Sluttrapport innsendt vår 2009. Videreføring av tilbudet må vurderes.

8.11 Vold og traumer

Mål

Målet for arbeidet er å øke kunnskapsgrunnlaget og styrke kompetansen for å bedre tjenestene til mennesker som har vært utsatt for vold og overgrep i nære relasjoner, redusere antall selvmord, og bedre omsorg for etterlatte etter selvmord.

Det har i planperioden vært lagt vekt på at relevante departementer samarbeider om å utvikle kompetansestrukturer og samarbeidsarenaer.

Kompetanseoppbygging på vold-/traumafeltet

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) ble etablert i 2004. Senterets formål er å styrke kunnskap og kompetanse om vold og traumatisk stress med oppgaver innen forsknings- og utviklingsarbeid; utdanning og formidling; veiledning og rådgivning. NKVTS ble allerede i januar 2007 evaluert for å bidra til ønsket utvikling av senteret som dekker de samarbeidende sektorene.

I perioden 2006-2008 er det etablert frem regionale sentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). Sentrene skal bidra til kompetanseheving i tjenesteapparatet gjennom undervisning, konsultasjon og nettverksarbeid på tvers av sektorer, etater og forvaltningsnivåer. Alle fem regionssentre har fagteam som dekker områdene vold og seksuelle overgrep, selvmordsforebygging og flyktninghelse og migrasjon. Fire av sentrene er forankret i den regionale helseforetaket mens det femte, RVTS Sør, er forankret i Barne- ungdoms- og familie-etat.

Særskilte tiltak og målgrupper

Psykososialt arbeid for flyktninger og asylsøkere

Det er i 2003 etablert en nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) ved Ullevål Universitetssykehus HF. Enheten består av fagmiljøer og fagpersoner, kliniske så vel som vitenskapelige, som har kompetanse på området innvandreres somatiske og psykiske helse. NAKMI skal drive kunnskapsformidling, forsknings- og utviklingsar-

beid og informasjonsutveksling nasjonalt og internasjonalt om somatisk og psykisk helse og omsorg for mennesker med minoritetsbakgrunn. Målet for arbeidet er likeverdige helsetjenester for hele befolkningen.

Det har gjennom flere år blitt tildelt tilskuddsmidler til UngKul-prosjektet (undersøkelse av psykisk helse hos enslige mindreårige asylsøkere ved Folkehelseinstituttet) i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (BUFdir) og Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDI).

Alle fem regionssentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har team som har spesialisert seg på flyktninghelse og tvungen migrasjon. Teamene utgjør en viktig ressurs i opplæring, veiledning og konsultasjon til helsepersonell/helsetjeneste, oppbygging av kompetansenettverk og tverrfaglig samarbeid i de fem regionene, og følger opp det økte kompetansebehovet i helsetjenesten.

Folkehelseinstituttet har siden 2006 arbeidet med forskningsprosjekt som fokuserer på psykisk helse hos enslige mindreårige flyktninger (UngKul). Prosjektet skal sluttføres i 2010.

Det ble i 2003 utgitt en veileder for tjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger (IS-1022) som tydeliggjør ansvarsfordelingen mellom og innhold i de ulike tjenestene.

I 2008 utga Brøset Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri på oppdrag fra Helsedirektoratet en utredning med særlig fokus på mulighetene til å etablere et system for å identifisere og gi et tilbud til de personer som tilhør gruppen potensielt voldelige mottaksbeboere. Rapporten «Vold, trusler og ustabil atferd i norske asylmottak» er en kartleggingsstudie om forekomst av voldelige hendelser i mottak med mål å vurdere hvorvidt ekstraordinære tiltak bør iverksettes. I tillegg beskriver den livs- og arbeidssituasjonen til ansatte og beboere i mottak og den kliniske utvidede helseundersøkelsen av asylsøkere med bekymringsmeldinger om voldelig, utagerende og/eller psykisk ustabil atferd. Som oppfølging av rapporten ble det i gang satt arbeid med for å utvikle et introduksjonskurs for ansatte i asylmottak (felles opplæringspakke for hele landet).

Overgrepsmottak

Med utgangspunkt i St.prp. nr. 1 (2004-2005) og St.prp. nr. 1 (2005-2006) er det etablert døgnåpne overgrepsmottak i alle fylker for å styrke tilbudet til voksne offer for seksuelle overgrep. Kommunen har ansvar for etablering og drift. Mottakene er organisert ulikt i fylkene, men er vanligvis knyttet til interkommunal legevakt, eventuelt samlokalisert med sykehus. Ett av tiltakene i handlingsplanen *«Vold i nære relasjoner» (2008-2011)* er styrking av overgrepsmottakene. Det er gitt etablerings- og stimuleringsmidler på over 20 mill. kroner fra 2005. Oppfølging av de etablerte mottakene skjer gjennom kompetanseheving. I følge Handlingsplanen «Vold i nære relasjoner» (2008-2011) skal det i perioden gjennomføres en evaluering av mottakene

FN-/NATO-veteraner

I samarbeid mellom Forsvarets sanitet og regions sentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging er det i gang satt arbeid for å utvikle veiledende materiell for helsetjenesten for bedre ivaretakelse av FN-/NATO-personell etter internasjonale operasjoner.

RVTSene har i 2009-årets oppdragsbrev fått et nytt oppdrag om utarbeidelse av opplæringspakke for leger og psykologer.

Psykososialt arbeid ved kriser og katastrofer

Det er i gang satt arbeid for å utarbeide veileder om psykososiale tjenester ved ulykker og katastrofer. Helsedirektoratet har samarbeidsavtale om materiell- og støttegruppeberedskap med Norges Røde Kors. Tilskudd gis årlig til støttegruppeberedskap og konferanse for Nasjonal støttegruppe.

Selvmordsforebyggende arbeid

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (SSFF) er tilknyttet Institutt for psykiatri på Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. Formålet med SSFF er å utvikle, vedlikeholde og spre kunnskap for å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk i Norge, og bidra til bedre livskvalitet og omsorg for alle som blir berørt av selvmordsatferd. SSFF samarbeider med NKVTS, RVTSene og Folkehelseinstituttet om fellesområder.

Det ble i 2007 utarbeidet satsningsområder og tiltak innen selvmordsforebygging. Som et av tiltakene ble det i 2008 utgitt nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Det er i gang satt arbeid for å lage informasjonsmateriell for de kommunale helsetjenestene for forebygging av selvmord. VIVAT er et nasjonalt undervisningsprogram som sprer kunnskap om førstehjelp ved selvmordskriser til ulike faggrupper og frivillige gjennom bruk av standardiserte kurs.

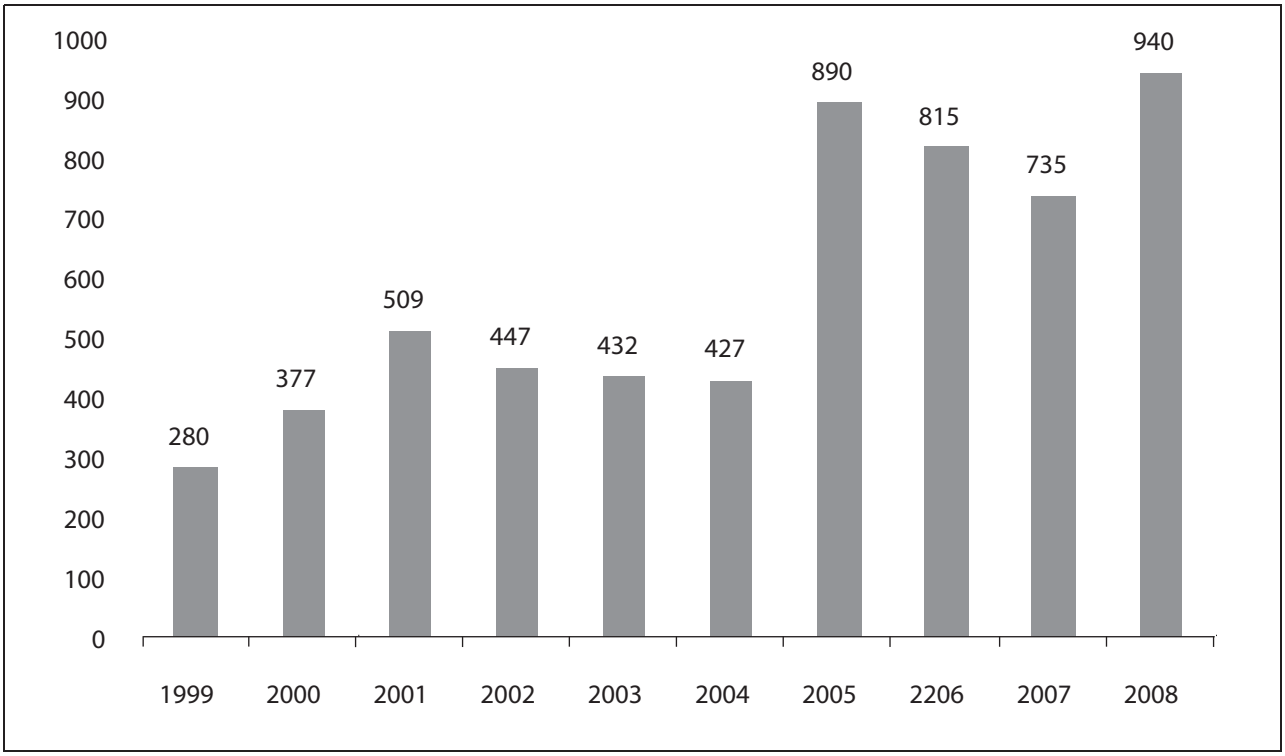
Landsorganisasjonen for etterlatte ved selvmord (LEVE) gjennomfører årlige konferanser. Det er i gang satt arbeid for å lage en veileder for ivaretakelse av etterlatte.

8.12 Finansiering av Opptrappingsplanen. Resultatoppfølging

For nærmer omtale av innretningen av de økonomiske virkemidlene vises til kap. 8.5 Kommunale tiltak og 8.6 Spesialisthelsetjenesten.

Årlig opptrapping

Figuren nedenfor viser årlig opptrapping i øremerkede tilskudd til kommunene, spesialisthelsetjenesten og generelle statlige tiltak samlet i opptrappingsperioden 1999-2008. I tillegg kommer det bevilgninger fra de enkelte kommunene og fra de regionale helseforetakene. Økningen i ekstra midler i forbindelse med Opptappingsplanen var særlig høy i siste del av planperioden.



Figur 8.1 Årlig opptrapping, øremerkede driftstilskudd, mill. kroner, 1999-2008

Kilde: Helsedirektoratets nettsted, http://www.helsedirektoratet.no/psykisk/opptrapingsplanen/

Økonomiske rammer – bevilgninger for perioden 1999–2008

Opptrappingsplanen for psykisk helse er fulgt opp gjennom bevilgninger i de årlige statsbudsjetter. I 2008 ble de økonomiske målene i Opptrappingsplanen for psykisk helse oppfylt i henhold til St.prp. nr. 63 (1997–1998) og de endringer som er foretatt gjennom de årlige budsjettbehandlinger.

Stortinget har gjennom de årlige budsjettbevilgninger sluttet seg til enkelte budsjettmessige omprioriteringer mellom hovedtiltakene i planen. Tabell 8.3 gir oversikt over de samlede driftsutgifter fordelt mellom tiltakene. Oversikten viser de opprinnelige måltall (i 1998-kroner og i 2008- kroner) i St.prp. nr. 63 (1997–1998), og status mellom tiltakene ved fullføring av planen i 2008.

Tabell 8.3 Økte utgifter til drift bevilget til gjennomføring av Opptrappingsplanen for psykisk helse – mål og resultat i forhold St.prp. nr. 63 (1997–1998) (mill. kroner).

Tiltak	Mål ift. 1998-priser	Mål ift. 2008-priser	Resultat 2008
Brukerrettede tiltak	25	37	101
Kommunale tjenester	2 100	2 757	2 823
Spesialisthelsetjenester	2 100	2 769	2 557
Statlige sysselsettingstiltak	186	276	257
Utdanning/rekruttering, forskning	161	238	221
Arbeid med vold og traumatisk stress	0	0	105
Spesielle driftsutgifter	4	6	27
Sum	4 575	6 083	6 090

Ved behandling av St.prp. nr. 1 (2006–2007) vedtok Stortinget en omfordeling av støtte til drift mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Med bakgrunn i nedbyggingen av psykiatriske sykehjemsplasser på slutten av 1990-tallet og som samlet var mer omfattende enn forutsatt i St.prp. nr. 63 (1997–1998), er kommunene tildelt en større andel av driftsbevilgningene enn forutsatt opprinnelig. Denne omdisponeringen har ikke vært basert på nærmere beregninger av konsekvensene av nedleggingen av de psykiatriske sykehjemsplasser utover måltallene i Opptrappingsplanen.

Videre har det i løpet av opptrappingsperioden framkommet behov for å styrke arbeidet med kompetanse om vold og traumatisk stress, noe som ikke var høyt prioritert i St.prp. nr. 63 (1997–1998). Det er også bevilget mer midler til støtte av brukerorganisasjoner enn forutsatt. Disse omprioriteringene forklarer de endringene som er foretatt i forhold til de opprinnelige tiltakene i planen. Disse omprioriteringene har framgått av de årlige budsjettproposisjonene. Omprioriteringene har vært foretatt innenfor Opptrappingsplanens totalramme for støtte til drift bl.a. i kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Når oppnåelsen av de økonomiske måltallene i St.prp. nr. 63 (1997–1998) skal vurderes, må nødvendig hensyn tas til disse omprioriteringene. Tabellen over viser at summen på 4 575 mill. kroner (1998-kroner) som staten i den økonomiske forpliktende opptrappingsplanen skulle bevilge utover 1998-nivået er oppnådd.

Når det gjelder måltall på enkeltområdene i tabellen, anses bevilgningsnivået for 2008 som måltall og måloppnåelse for det enkelte område i lys av foregående års budsjettdokumenter og -behandling.

Investeringer

Bevilgninger til investeringer er fullført i en tidligere fase av planen og kommer i tillegg til oversikten i tabellen. Investeringsvolumet i boliger målt i antall tilsagn viser at det er gitt tilsagn til om lag 3400 flere omsorgsboliger i kommunene. Dette tilsvarer 100 pst. av måltallet i St.prp. nr. 63 (1997–1998).

I spesialisthelsetjenesten forventes det ved utgangen av 2008 å være investert for 5,6 mrd. kroner (2008-priser) som også tilsvarer måltallet i opptrappingsplanen.

Indikatorer og nøkkeltall

Opptrappingsplanen for psykisk helse har omfattet om lag 50 målsettinger knyttet til bl.a. kapasitet og aktivitet i form av kvantitative måltall (antall årsverk, døgnplasser mv.). Måltallene har sagt mindre om kvalitet og innhold ved tjenester samt effekt for brukerne. Dette var noe av bakgrunnen for at Helsedirektoratet i 2005 fikk i oppdrag å opprette et sett med nøkkeltall og indikatorer for psykisk helse. I arbeidet med utvikling av indikator og nøkkeltall har brukerorganisasjoner, fagorganisasjoner, kommuner, regionale helseforetak og forskningsmiljøer vært viktige aktører. Viktige størrelser er lokale brukerundersøkelser, samt ventetider og fristbrudd. De overordnede prinsippene for Opptrappingsplanen og den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten er lagt til grunn for arbeidet.

Helsedirektoratets arbeid har resultert i opprettelsen av om lag 50 indikatorer og nøkkeltall som samlet sett gir informasjon om helsestatus, risiko- og påvirkningsfaktorer, forbyggende tjenester, virkningsfulle og trygge tjenester, brukerinvolvering, samordning og kontinuitet, ressursutnyttelse, tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling. I tillegg til å øke fokuset på kvalitet og innhold i tje-

nestene brukes indikatorene og nøkkeltallene til å følge med på utviklingen i de tjenestene som har blitt styrket og oppbygd gjennom Opptrappingsplanen. Indikatorsystemet er ikke et statisk verktøy, f.eks. arbeides det fortløpende med indikatorer knyttet til behandlingseffekt, og tilrettelegging for at flere indikatorer skal kunne benyttes til lokalt kvalitetsforbedringsarbeid.

8.13 Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001–2009). Sammendrag av evalueringsrapporten fra Norges forskningsråd

Som et ledd i iverksettingen av Opptrappingsplanen fikk Norges forskningsråd i oppdrag av det daværende Sosial- og helsedepartementet å stå for gjennomføringen av en forskningsbasert evaluering av planen. Rapporten oppsummerer følgende hovedfunn:

«Opptrappingsplanens kvantitative mål langt på vei nådd.

- I hovedsak har man nådd de kvantitative målene når det gjelder styrking av infrastrukturen for det psykiske helsearbeidet i kommunene. I første rekke har antall helsetjenesteårsverk i kommunene økt betydelig, med 4376 nye årsverk ved utgangen av 2007. Det samme gjelder et desentralisert botilbud til mennesker med psykiske lidelser, med nær 3000 nye boliger.
- Når det gjelder spesialisthelsetjenesten for voksne, er døgnkapasiteten økt på distriktspsykiatriske sentre (DPS). Den polikliniske aktiviteten har også økt i betydelig grad. Dette har bidratt til å bedre tilgjengeligheten til tjenestene.
- Når det gjelder barn og unge, har det vært en markant bemanningsøkning ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP), slik at dekningsgraden har økt vesentlig og er nær måltallet på fem prosent på landsbasis.
- Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten (DPS og BUP) og psykisk helsearbeid i kommunene er styrket, men her er det et betydelig forbedringspotensial. Grad av samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten varierer sterkt mellom kommunene. Det gjør også samarbeid om psykisk helsearbeid kommunene imellom. En undersøkelse fra 2008 viser at rundt halvparten av kommunene ikke hadde noen form for tjenestesamarbeid, og at rundt en tredjedel heller ikke hadde faglig samarbeid på tvers avkommunegrensene.
- Utdanningskapasiteten har økt vesentlig i høgskolesektoren, og rekrutteringsgrunnlaget til stillinger i de psykiske helsetjenestene er dermed klart styrket. Evalueringen viser at de kvantitative mål om personellvekst er nådd både i psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) og i psykisk helsearbeid (kommunene).
- I planperioden har brukermedvirkning fått en langt mer sentral plass. Det gjenstår imidlertid fortsatt store utfordringer på dette området.
- Når det gjelder tvang er hovedfunnet i evalueringen at kvaliteten på data om tvangsinnleggelser og bruk av tvangsmidler er gjennomgående dårlig. Anslagene for omfang av og endring i bruk av tvang på disse to viktige områdene er derfor svært usikre.

Ett av de viktigste virkemidlene i Opptrappingsplanen, øremerking av midler til utbyggingen av de psykiske helsetjenestene, har vært en suksess som klart har bidratt til å nå målene. De statlige øremerkede midlene til kommunene har utløst egne kommunale midler til det psykiske helsearbeidet. Det er en uttalt bekymring i kommunene for at bortfallet av de øremerkede midlene vil føre til et dårligere kommunalt tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser.

Fortsatt hull i tilbudet – behov for ytterligere innsats

Det er behov for fortsatt styrking av DPS og BUP slik at de kan ivareta den sentrale funksjonen som de er tiltenkt i spesialisthelsetjenesten. Selv om samhandlingen er styrket, viser evalueringen at det er et betydelig stykke å gå for å innfri intensjonene om «god samhandling og flyt i behandlingskjeden». Døgnplassantallet ved sykehusene ligger under det mål som ble satt i Opptrappingsplanen. Nedbyggingen av psykiatriske sykehjemsplasser har gått vesentlig raskere enn forutsatt. På den annen side har antall kommunale boenheter økt betydelig, slik at totalbildet er vanskelig å vurdere. Et sentralt problem er at vi vet lite om innholdet i de tjenestetilbudene som gis, og følgelig lite om kvaliteten i disse tilbudene. Det samme gjelder utdanning og kompetanse: Selv om man har lykkes i en kvantitativ utbygging av relevante utdanningsløp, vet vi lite om i hvilken grad de ulike utdanningsprogrammene virkelig sikrer nødvendig faglig kompetanse. Opptrappingsplanen er i hovedsak en strukturreform med svakt fokus på innhold og kvalitet. Det bør derfor satses på videreutvikling av meningsfulle kvalitetsindikatorer og bruk av rutinedata for kvalitetssikring av klinisk virksomhet. Det er særlig viktig at det tas et krafttak for å skaffe pålitelige, landsdekkende data for bruk av

tvang i psykisk helsevern. Noen store pasientgrupper har i dag et mangelfullt behandlingstilbud. Dette gjelder særlig eldre. Vi har også mangelfull kunnskap om behandlingstilbudet til pasienter med lettere psykiske lidelser.»

8.14 Oppsummering

En tiårig satsing på psykisk helse er nå fullført i henhold til St.prp. nr. 63 (1997-1998) Om Opptrappingsplan for psykisk helse. Evalueringsrapporten fra Norges forskningsråd viser at opptrappingsplanens kvantitative mål langt på vei er nådd. Samtidig viser evalueringsrapporten at det gjenstår noen utfordringer når det gjelder innhold og kvalitet i tjenesten. Dette legger et grunnlag for det videre arbeidet med fortsatt styrking og utvikling av innholdet og kvaliteten i det psykiske helsearbeidet ut fra de kvalitative målene.

I resultatvurderingen i budsjettproposisjonen for 2008 ble det pekt på at i henhold til offisiell statistikk, evalueringsrapporter, tilbakemeldinger fra brukerorganisasjonene og vurderinger fra Sosial og helsedirektoratet er det oppnådd:

- økt fokus på psykisk helse i kommunene og i spesialisthelsetjenesten
- økt vekt på bruker- og pårørendeperspektivet
- etablering av boliger og støttetiltak i kommunene
- større åpenhet og økte kunnskaper om psykiske lidelser
- vesentlig flere personer med psykiske lidelser får arbeidsstøttende tiltak
- etablering av en rekke kompetansehevende tiltak

Målene i Opptrappingsplanen forutsetter endring og omstilling i holdninger, arbeidsmetode og kompetanseinnhold. Disse oppfølgingspunktene ble oppsummert slik i budsjettproposisjonen for 2003:

- Mestringsperspektivet, med økt vekt på brukernes egne ressurser og mindre sykdomsfokusering
- Styrking av brukerperspektivet, både i møtet mellom behandler og pasient/bruker og i plan- og utviklingsarbeid.
- Holdningsendring med økt vekt på et samfunns- og forebyggingsperspektiv.
- Utdanningene må vektlegge den nye deltagende brukerrollen, brukermedvirkning, brukerens og pårørendes kompetanse som likeverdig med eksperten og endring av hjelperollen.
- Utvikling av forpliktende og nært samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisttjenester. Individuell plan til alle som har behov for det.

Det er vanskelig å etablere sikker kunnskap om graden av oppnåelse på de enkelte punktene. I tillegg vil det være betydelige lokale variasjoner. Samtidig er dette punkter som representerer utfordringer av mer varig karakter som tjenestene på alle nivåer kontinuerlig arbeid er for å møte i det videre arbeidet med utvikling av tjenestene.

De økonomiske forutsetningene

Den økonomiske delen av Opptrappingsplanen er fullført i henhold til forutsetningene i St.prp. nr. 63 (1997-1998). Planens økonomiske rammer innebar et driftsnivå i 2008 på 6,37 mrd. kroner (2009-kroner) høyere enn i 1998 og at det skulle investeres for 9,2 mrd. kroner (2009-kroner) i planperioden. Det var en forutsetning at midlene i Opptrappingsplanen skulle videreføres i de ordinære systemer etter planperioden.

Kommunene er styrket gjennom at øremerkede midler som tilsvarer en økning i de årlige driftsutgiftene på 2,823 mrd. kroner i 2008. Med utgangspunkt i målsettingen i Opptrappingsplanen på 2,757 mrd. kroner, er målet overoppfylt. Storparten av de øremerkede midlene til kommunene har gått til finansiering av personell i oppbygging og drift av tiltak for barn, unge og voksne. I 2004 ble målet nådd om at 20 prosent av midlene skulle gå til tiltak for barn og unge. De øremerkede midlene på om lag 3,5 mrd. kroner ble i 2009 lagt inn i kommunenes frie rammer.

Evalueringen viser at Opptrappingsplanen har bidratt til å gi psykisk helsearbeid i kommunene et løft. Dels har dette skjedd ved at kommunene er tilført statlige midler gjennom øremerkede tilskudd, dels ved at disse overføringene har utløst egenfinansiering i kommunene som til sammen har resultert i en utgiftsvekst i hele planperioden.

Psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) har vært betydelig styrket i planperioden. Målet om en økning i driftskostnadene til psykisk helsevern på 2,1 mrd. i 1998-kroner ble nådd i 2006, og veksten i denne delen av spesialisthelsetjenesten har fortsatt i årene etter. Veksten i driftskostnader har vært størst for barn og unge. Opptrappingsplanen har medført en betydelig styrking og omstrukturering av psykisk helsevern for voksne, primært gjennom flere distriktspsykiatriske sentre (DPS). Det har vært en sterk vekst innenfor utviklingen i personellinnsats, oppholdsdøgn, utskrivinger og konsultasjoner.

Statlige stimuleringsmidler til brukerrettede tiltak, informasjon og kompetanseoppbygging videreføres.

Brukertiltak

Det er bevilget mer midler til støtte av brukerorganisasjoner enn opprinnelig forutsatt i St.prp. nr. 63 (1997–1998), jf. tabell 8.4. Det har videre vært en betydelig styrking av brukerrettede tiltak i planperioden. Evalueringsrapporter viser at det har vært en økning i samarbeidet med brukerorganisasjonene fra 2002 til 2008. Brukerundersøkelser viser imidlertid at brukerne fortsatt ikke får nok informasjon og at mange opplever at de har for liten innflytelse på egen behandling. Det er fortsatt en utfordring for både brukere og fagfolk å få inkludert brukerkunnskap inn i tjenesteutvikling, kvalitetsarbeid og kunnskapsbasert praksis.

Kommunikasjon og holdninger

I tråd med desentraliseringen og utbyggingen av tjenestene har det i opptrappingsplanperioden vært jobbet for økt aksept og endrede holdninger knyttet til mennesker med psykiske problemer. For å styrke folke evne til å mestre selv og for å få de som trenger det til å søke hjelp tidlig, har det vært satset på å øke kunnskapen om psykisk helse, psykiske lidelser, hjelpetilbud og rettigheter. Økt kunnskap og åpenhet er en nødvendig del av arbeidet for å forebygge psykiske problemer. Studier viser at det er nødvendig med et kontinuerlig fokus for å opprettholde kunnskap og forhindre negative holdninger knyttet til mennesker med psykiske lidelser.

Folkehelseperspektivet

Forebygging av psykiske helseplager ble beskrevet som en av de svakest utviklede sidene av opptrappingsplanen. I budsjettforslaget for 2004 ble det varslet en sterkere satsing på forebyggende og helsefremmende arbeid i resten av planperioden.

Det har vært en sterk satsing på forbyggende psykososialt arbeid for barn og unge, gjennom vekst i årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og annet forebyggende arbeid, og kompetansehevende tiltak, blant annet tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid og tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge. Det har i opptrappingsperioden også vært økt fokus på selvhjelpsarbeid, mestring og lavterskeltilbud i kommunene.

I arbeidet med å forebygge psykiske problemer og lidelser er det behov for en bred tilnærming med tverrsektoriell og systematisk innsats over tid. Det er en spesiell utfordring for det forebyggende arbeidet at viktige faktorer som påvirker befolkningens psykiske helse i hovedsakligger utenfor helsesektoren, og at mange sektorer har et stort ansvar. Barnehage, skole og arbeidsliv er særlig viktige arenaer.

Kommunale tiltak

De kvantitative målene i opptrappingsplanen er, eller er i ferd med å bli oppfylt. Det er fortsatt behov for å legge stor vekt på det kvalitative innholdet i tjenesten og gjøre tjenestene mer synlige og tydelige slik at både brukere, befolkningen og samarbeidspartnere lett kan finne fram til adekvat hjelp. Det kommunale tilbudet må tilpasses ulike grupper som barn og unge med psykiske lidelser, mennesker med psykososiale problemer og med de mest vanlig forekommende lidelsene, eldre med psykiske lidelser, mennesker med samtidig rusproblematikk og psykiske lidelser og brukere med langvarige og sammensatte behov.

Spesialisthelsetjenesten

Det psykiske helsevernet for voksne hadde en kraftig vekst i ressurser og aktivitet i opptrappingsplanperioden. I tråd med intensjonene i opptrappingsplanen, økte driftskostnadene til det psykiske helsevernet for barn og unge mer enn for voksne.

Det er bygd ut et desentralisert behandlingstilbud med 75 distriktspsykiatriske sentra (DPS) som samlet dekker alle landets kommuner, og det psykiske helsevernet har i tillegg vært preget av en omfattende omstrukturering i perioden som ennå ikke er fullført. Det er fortsatt for lite kunnskap om innholdet i tjenestetilbudet. For barn og unge har tilgjengeligheten til BUP økt i opptrappingsperioden. Dekningsgraden på landsbasis er svært nær måltallet på fem prosent. Det er imidlertid fortsatt store regionale forskjeller.

Grupper med særlige behov

I St.prp. nr. 63 (1997-1998) ble det satt fokus på behovet for økt hjelp til grupper med særskilte behov i tillegg til sin psykiske lidelse: innvandrere, flyktninger og asylsøkere, døve, psykisk utviklingshemmede, rusmiddelmisbrukere og sedelighetsdømte. Opptrappingsplanens satsing til disse gruppene har vært fulgt opp, blant annet ved kompetanseoppbygging på vold- og traumefeltet, etablering av overgrepsmottak i alle fylker og etablering av en nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse.

Det har vært bygget ut generelle tiltak og tjenester som også har kommet disse gruppene til gode. Det har videre vært bevilget midler til tiltak for å hjelpe barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre, blant annet satses det på å styrke

veiledning og kompetanseheving i tjenestene. En gruppe voksne pasienter med sammensatte og til dels omfattende tjenestebehov synes å falle utenfor tilbudene, og har ennå ikke fått et godt nok samlet tilbud. Mange av disse har rusproblematikk kombinert med psykiske problemer.

Arbeid og arbeidsrettede tiltak

Målet om tilbud i NAV til 4000 flere personer med psykiske lidelser er oppfylt. Mennesker med psykiske lidelser utgjør en stadig større andel av de som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet. Gjennom Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012) videreføres og styrkes den arbeidsrettede innsatsen i Opptrappingsplanen. Strategien ses i sammenheng med blant annet avtalen om Inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen). Satsingen forutsetter et nært samarbeid mellom NAV og helsesiden på alle nivå. For å ivareta brukerbehov og samordning av bistand mellom arbeids- og velferdsforvaltningen, tilgrensende tjenester og arbeidslivet er det i regi av nasjonal strategiplan tilsatt 42 veilednings- og oppfølgingsoser, hovedsakelig i de største byene. En foreløpig evaluering viser at både brukerne og NAV er svært fornøyd med dette tilbudet.

Forskningsrådets evaluering av opptrappingsplanen tydeliggjør behov for fortsatt og langsiktig satsing når det gjelder arbeid, meningsfylt aktivitet og utdanning. Tilbakemelding fra brukerorganisasjonene tilsier også fortsatt satsing på inkludering i arbeidslivet.

Personell, utdanning og forskning

Det har vært en storstilt satsing på utdanning og rekruttering av personell i Opptrappingsplanen. SAMDATA sektorrapport for psykisk helsevern (2/08) viser at det har skjedd en betydelig ressursøkning og kompetansebygging i psykisk helsevern i løpet av planperioden. Opptrappingsplanens mål for samlet årsverksvekst ble oppfylt i noe større grad enn opprinnelig planlagt (105 pst.) Omfanget av det samlede kommunale psykiske helsearbeidet ser ut til å være i størrelsesorden 12 700 årsverk ved utløpet av 2008. Rekrutteringen av psykologer til kommunene har gått langsommere enn forutsatt i opptrappingsplanen.

Det er imidlertid fortsatt store geografiske forskjeller i personelldekning i tjenestene for barn, unge og voksne. Tilgangen til kvalifisert personell, særlig psykiatere og psykologspesialister varierer. Opptrappingsplanen har lykkes i en kvantitativ utbygging av utdanningsløp, men det er for lite kunnskap om i hvilken grad de ulike utdanningsprogrammene sikrer nødvendig faglig kompetanse sett opp mot det overordnede målet i opptrappingsplanen: tilrettelegging for selvstendighet og mestring av eget liv.

Opptrappingsplanen la vekt på å styrke det faglige kunnskapsgrunnlaget og det ble satt av 40 mill. kroner til forskning i planperioden utover bevilgningsnivået i 1998. Forskningsinnsatsen i regi av forskningsprogrammer i Norges forskningsråd ble styrket og avdeling for psykisk helse ved Folkehelseinstituttet er videreutviklet og bygget ut. Norge har hatt en sterk økning i vitenskapelige publiseringer innenfor psykiatri/psykologi i løpet av perioden.

Det er fortsatt et stort behov for mer kunnskap om både årsaker til psykiske lidelser og effektive tiltak for å forebygge og behandle lidelsene.

Tjeneste- og samfunnsperspektiv

Ti år med en opptrappingsplan for psykisk helse har ført til en betydelig utvidelse av behandlingskapasiteten for mennesker med psykiske lidelser på alle nivåer. Det er imidlertid store variasjoner mellom kommunene og mellom DPS. Det er fortsatt utfordringer når det gjelder tilgjengelighet, oppfølging, kompetanse, kvalitet, samt samhandling mellom forvaltningsnivåer, sektorer og ulike tjenesteytere i samme sektor og nivå, jf. bærebjelkene i Nasjonal helseplan (2007–2010).

Styringssystemet i Opptrappingsplanen har i hovedsak prioritert strukturelle forhold. Det er en utfordring at kvalitetsdimensjoner ved tjenesten i liten grad er fanget opp i overvåkning og styring. Ved å følge med og styre med utgangspunkt i et sett indikatorer som fanger opp kvaliteten i tjenestene, vil også innholdet i tjenestene som ytes komme sterkere i fokus. Bruken av tvang i psykisk helsevern er generelt for høy.

Samarbeidsperspektiv

I løpet av opptrappingsplanperioden har det vært mye fokus på behovet for å utvikle helhetlige tjenestetilbud gjennom samarbeid mellom nivåene og innad i dem. Alle helseforetak er pålagt å utarbeide samarbeidsavtaler mellom DPS/BUP og kommunene, og de fleste DPS har nå på plass en samarbeidsavtale med kommunene i sitt opptaksområde. I en kartlegging av DPSene i Norge i 2008 oppgir både DPSene og kommunene at det er et utstrakt samarbeid på brukernivå. Den største utfordringen for samarbeidet ligger i forhold til gruppen med problematikk knyttet til rus og psykiske lidelser, og hvor også farlighetsvurderinger er inne i bildet. Det framgår av rapporter at man-

glende, mangelfull og lite smidig samhandling innen og mellom nivåene i sosial- og helsetjenestene kan få alvorlige konsekvenser for tjenestemottakerne.

For omtale av budsjettforslag vises til programområde 10.30,10.60 og 10.80.

9 Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011

9.1 Gjennomgang halvveis i strategiperioden

Mål for strategien

Rehabilitering og habilitering har ikke den posisjon og prestisje i helse- og omsorgstjenesten som de overordnede helse- og velferdspolitiske målene tilsier. Det overordnede målet for rehabiliteringsstrategien er å endre dette.

Vurdering av status for tiltak i strategien

Både spesialisthelsetjenesten og kommunene har ansvar for å sørge for forsvarlige habiliterings- og rehabiliteringstjenester innenfor ordinære bevilgninger og inntekter. Det har aldri tidligere vært brukt mer ressurser på habilitering og rehabilitering.

Det er et mål å unngå at rehabilitering får karakter av et særområde. Nyere forskning dokumenterer at umiddelbar oppstart av rehabilitering, tett integrert i den akuttmedisinske behandlingen, fører til bedre overlevelse og funksjon for enkelte pasientgrupper.

I tråd med dette er det i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene presisert at det er et mål at rehabilitering er en integrert del av behandlingen i alle kliniske avdelinger. De regionale helseforetakene skal i årlig melding for 2009 rapportere for hvilke pasientgrupper det er etablert pasientforløp hvor dette er ivaretatt. De regionale helseforetakenes arbeid med standardisering av pasientforløp vil få en positiv betydning også for tilbudet innen habilitering og rehabilitering. De fleste helseforetakene har egne rehabiliteringstilbud, samt rehabilitering gjennom polikliniske tjenester og ambulante team.

De regionale helseforetakene har utarbeidet planer for utvikling av habiliterings-/rehabiliteringsområdet i tråd med den nasjonale strategien. De regionale helseforetakene Sør-Øst, Vest og Nord rapporterer om økt ressursbruk innen habilitering og rehabilitering. De har videre etablert og styrket tilbudet til pasienter med alvorlige hodeskader. Tilbudene er fortsatt under utvikling. I Helse Midt-Norge er ikke kravet om etablering og styrking av tilbudet til pasienter med alvorlige hodeskader fulgt opp, det fremgår heller ikke om habiliterings-/rehabiliteringsområdet er styrket i henhold til styringskravet (ref. protokoll fra foretaksmøtet 9. juni 2009).

Det har vært en vekst i antall opphold i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner fra 2006 til 2008 på vel 18 pst. Bevilgningene som er øremerket til kjøp av tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner har økt fra 1 020 millioner kroner i 2006 til 1 139 millioner kroner i 2009. Det har også vært en rekke omstillingsprosjekter i de private institusjonene de siste årene. I tillegg er det inngått avtale om kjøp av tjenester fra de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene gjennom ordningen «Raskere tilbake».

Det pågår også et mer langsiktig arbeid med sikte på en mer omfattende omlegging av finansieringsløsningen av rehabiliteringsområdet i spesialisthelsetjenesten. Dette arbeidet tar sikte på en mer detaljert og objektiv beskrivelse av helsehjelpen som ytes samt et bedre bilde på ressursbruken. For dette formålet er det utviklet to nye kodeverk. Et for å kunne registrere prosedyrer og et for å kunne registrere rehabiliteringsbehov/funksjonssvikt. Fra 2008 har Helsedirektoratet bedt sektoren om å registrere informasjon om rehabiliteringsprosedyrer og forbereder nå tilsvarende krav i forhold til funksjonsnivå fra 2009. Disse dataene vil være grunnlaget for en ny og bedre løsning for rehabilitering i ISF-ordningen.

Også kommunenes utgifter til habilitering og rehabilitering er vanskelig å tallfeste, da disse tjenestene som regel er en integrert del av det totale kommunale tjenestetilbudet.

Antallet plasser i kommunale institusjoner avsatt til rehabilitering har økt fra 734 i 2000 til 2003 i 2008. Både ressurser innenfor fysioterapi og ergoterapi i kommunene viser en positiv utvikling.

Ved utgangen av 2008 hadde 16 pst. av mottakerne av hjemmesykepleie eller praktisk bistand fått individuell plan. Andelen med individuell plan

var høyest blant de med omfattende bistandsbehov (26 pst.). Denne utviklingen kan tolkes som at kommunene nå legger større vekt på å utvikle rehabiliteringstjenester.

Helhet og samhandling

Helsedirektoratet er fagsekretariat for nasjonal rammeavtale for samhandling på helse- og omsorgsområdet mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet.

De regionale helseforetakene skal i årlig melding for 2009 rapportere om tiltak som er gjennomført der kommune(r) og helseforetak har inngått forpliktende samarbeid om habilitering og rehabilitering.

Flere kommuner og fastleger benytter helsenett. Det er samtidig en økning av bruken av elektroniske innsending av sykmeldinger og legeerklæringer til NAV. Det gjenstår noe arbeid før rehabiliteringsaktørene tar i bruk koordinerte IKT-systemer.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten har behandlet saken «Organisatoriske barrierer for innføring av individuell plan». Rådet støtter en videreført lovfestet rettighet for brukere med behov for individuell plan.

Helsedirektoratet har startet arbeidet med en samlet gjennomgang og oppfølging av rettsbestemmelsene på rehabiliteringsfeltet.

Etter fastsetting av forskrift om individuell plan i 2001, er det gjennomført en rekke tiltak for økt bruk; informasjon til helsepersonell og pasientorganisasjoner, opplæring av helsepersonell i regi av fylkesmennene, kommuner og helseforetak.

Rapporteringen viser at mindre enn 35 pst. av pasientene som var til behandling i barnehabiliteringstjenesten i 2008 hadde individuell plan. Dette stemmer også med tilbakemeldinger fra brukerorganisasjonene som gir uttrykk for at mange av tiltakene som er etablert for å styrke samhandlingen er viktige, men at individuell plan ikke er tatt i bruk i den utstrekning som var forutsatt. Helsedirektoratet arrangerte i 2008 seks regionale konferanser med tema individuell plan med til sammen 12 000 deltagere. Det foreligger en rapport fra konferansene der deltakerne gir sine innspill til hva som skal til for at det lages bedre og flere planer. Det er utarbeidet veileder, brosjyre og tipshefte.

Embetsoppdraget for 2008 ba fylkesmennene om å bidra med råd og veiledning til kommunene i etablering av koordinerende enheter og i arbeidet med individuelle plan. I 2009 skal de rapportere hvilket innhold og hvilken funksjon koordinerende enheter i kommunene har og om systemansvar for individuell plan i kommunene er klart definert.

De regionale helseforetakene har alle opprettet regional koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering som har oversikt over regionens private og offentlige rehabiliteringstilbud og deres innhold, kapasitet/ventetider. Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord har grønt nummer for informasjonstelefon om rehabilitering. De har informasjon om rehabiliteringstilbudene i regionen på sine nettsider. Helse Nord RHF planlegger informasjon om ventetider fra høsten 2009.

Det er utarbeidet en veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester: «Pårørende – en ressurs». Veilederen retter seg mot helsetjenesten, men har overføringsverdi til ansatte i andre tjenester.

Demokrati og legitimitet

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet skal ha mer fokus på rehabilitering også når det gjelder åpenhet om feil. Arbeidet Helsedirektoratet har igangsatt med å utarbeide kvalitetsindikatorer som fanger opp samhandling og helhetlige behandlingskjeder må fortsette. Det må arbeides mer med å etablere kontakter med organisasjoner som er bærere av minoritetsgruppers perspektiver innen alle nivåer av habiliterings- og rehabiliteringsfeltet.

Nærhet og trygghet

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering har vedtatt å behandle saken «Rehabilitering – Hvordan sikre lik tilgang på tjenester av god kvalitet?». Rådet er blant annet bedt om å drøfte hvordan rehabiliteringsstrategien og den nye samhandlingsreformen implementeres for å sikre at rehabiliteringsfeltet får det løftet som feltet behøver.

Som resultat av prosjektet «Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten» foreligger flere prioriteringsveiledere som har relevans for habiliterings- og rehabiliteringsområdet, og flere er under utarbeidelse.

Nasjonale retningslinjer for forebygging, behandling og rehabilitering av slagrammede skal etter planen være ferdig til implementering høsten 2009.

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet planlegger et prosjekt for å avdekke risikofaktorer for uønskede hendelser innenfor habiliterings- og rehabiliteringstjenestene.

Det foreligger informasjon om rehabilitering på de regionale helseforetakenes nettsider, men det gjenstår å utrede etablering av et nasjonalt nettsted for informasjon om rehabiliteringstilbud.

Rapporten «Privat i offentlig sektor» fra Helsedirektoratet om de private rehabiliteringsinstitusjo-

nenes rolle og rammebetingelser vil følges opp i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2010.

Helsedirektoratet har utarbeidet en handlingsplan for habilitering av barn og unge som forutsettes fulgt opp i siste del av planperioden.

Sterkere brukerrolle

I Forum for oppfølging av den nasjonale strategien møtes politisk ledelse, brukerorganisasjoner, arbeidstakerorganisasjoner, departementer, direktorater mfl. Det ble avholdt tre møter i 2008 med temaene samhandling, habilitering av barn og unge og behov og kapasitet. I 2009 er det avholdt et møte om status og innspill til prioritering i siste del av strategiperioden, og det er planlagt et møte høsten 2009. Brukerorganisasjonene er bredt representert. Representanter fra FFO og SAFO deltar i planleggingen av møtene.

På møtene har det kommet nyttige innspill om utfordringer som gjenstår, bl.a.:

- det er nødvendig med økonomisk prioritering for å gi prestisje og fokus til feltet
- det er en utfordring at det er for liten felles forståelse av status og utfordringer
- det er for få tilpassede tilbud til ungdom
- det mangler statistisk grunnlag
- forskningsprogram er ikke iverksatt
- føringer i oppdragsdokumentet må følges tettere opp
- rehabilitering har ikke vært tilstrekkelig prioritert
- det er ulikt tilbud og kapasitet
- mangel på samhandling

I spesialisthelsetjenesten er samarbeid med brukere på systemnivå ivaretatt gjennom brukerutvalg i de regionale helseforetakene og i alle helseforetakene. Kommunene og fylkeskommunene har eldreråd og råd eller annen representasjonsordning for mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Alle helseforetak har opprettet lærings- og mestringssentere som er viktige arenaer for brukermedvirkning både på systemnivå og på individnivå.

Faglighet og kvalitet

Kunnskapssenteret har gjort en kunnskapsoppsummering av forskning om gode rehabiliteringsprosesser. De utarbeider videre en kunnskapsoppsummering om oppfølging av barn med cochleaimplantat. To aktuelle kartlegginger er gjennomført i regi av Helsedirektoratet; fastlegens rolle og praksis overfor private rehabiliteringsinstitusjoner og deres forhold til bl.a. koordinerende enheter i kommunene fra 2008; oversikt over koordinerende enheters rapportering om fritidstilbud til barn og unge med nedsatt funksjonsevne.

Helsedirektoratet har startet arbeid med utvikling av kvalitetsindikatorer og styringsvariabler for habiliterings- og rehabiliteringstjenester.

«Veileder for voksenhabilitering» er ferdigstilt.

Helsedirektoratet leder en arbeidsgruppe som følger opp avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenestene 2006-2010 mellom regjeringen og KS.

KOSTRA og IPLOS gjennomgås med tanke på bedre data og statistikk på rehabiliteringsfeltet. Helsedirektoratet følger opp arbeidet.

Vurdering av kvalitetsregistre for enkelte pasientgrupper under habilitering og rehabilitering, for eksempel for hjerneslag, gjenstår.

Norges Forskningsråd har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en kunnskapsstatus over forskning som er gjort på området habilitering og rehabilitering de siste fem årene. Gjennomgangen fra Forskningsrådet og rapporteringen fra de regionale helseforetakene viser at det skjer forskning innenfor ulike områder når det gjelder rehabiliteringsfeltet. Det er foreslått satt av midler for å styrke forskningen innen habilitering og rehabilitering i 2010.

Helsedirektoratet har påbegynt arbeidet med å etabler og drifte en interaktiv, nettbasert erfaringsbank for den lokale helse- og sosialforvaltning, personell, brukere og pårørende i helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet har igangsatt arbeidet med å bidra til at ICF i fagmiljøene innen habilitering og tas i bruk rehabilitering.

Det gjenstår å gjennomføre de foreslåtte tiltakene om utdanning i strategien.

Arbeid og helse

«Raskere tilbake» har som formål å få sykmeldte raskere tilbake i arbeid slik at sykefraværet reduseres. Helse- og omsorgsdepartementet samarbeider med Arbeids- og inkluderingsdepartementet i oppfølgingen av prosjektet. Prosjektet bidrar til å stimulere og utvikle samhandlingen lokalt mellom helsetjenesten og arbeids- og velferdsforvaltningen.

Øvrige tiltak innen dette området følges opp i siste del av strategiperioden.

Fokusområder i 2010 og 2011

Gjennomgangen viser at mange av intensjonene og tiltakene i den nasjonale strategien er godt i gang halvveis i strategiperioden. De neste to årene bru-

kes til å fullføre det som er påbegynt og å arbeide med tema som gjenstår.

Strategien peker på at rehabilitering har for svak posisjon i forskning. Det er foreslått satt av midler for å styrke forskningen innen habilitering og rehabilitering i 2010.

Det gjenstår mye arbeid før det er utviklet tilfredsstillende kvalitetsindikatorer og styringsvariabler for habiliterings- og rehabiliteringstjenester.

Fokus på bruk av individuell plan må fortsette også fra helsemyndighetenes side.

Tiltak på området demokrati og legitimitet må det arbeides videre med.

Det legges til grunn av de foreslåtte tiltakene om utdanninggjennomføres i siste del av perioden.

Det må etableres kontakter med organisasjoner som er bærere av minoritetsgruppers perspektiver innen alle nivåer av habiliterings- og rehabiliteringsfeltet.

Det gjenstår arbeid før rehabiliteringsaktørene bruker koordinerte IKT-systemer.

Arbeidet med å bidra til at ICF tas i bruk i fagmiljøene innen habilitering og rehabilitering videreføres.

Videre gjenstår utredning av nasjonalt nettsted for informasjon om rehabiliteringstilbud, det samme gjelder vurdering av kvalitetsregistre for enkelte pasientgrupper under habilitering og rehabilitering.

10 Andre særlige tema

10.1 Sektorovergripende miljøpolitikk

Helse- og omsorgssektorens målsetning er å oppnå tryggere og mer helsefremmende miljøer. Viktige tiltak her er å tydeliggjøre miljøfaktorene i folkehelsearbeidet, støtte kommunenes miljørettede helsevern, herunder god regelverksforvaltning, bidra til å forebygge skader og ulykker, forebygge forgiftninger, forebygge astma, allergi og inneklimasykdommer, og bedre barns miljø og helse. Det er startet en gjennomgang av området miljørettet helsevern med formål å styrke tjenesten og gi et bedre grunnlag for prioriteringer i tråd med betydningen av de ulike miljøfaktorer.

Helse- og omsorgsdepartementet har lagt til grunn at helseforetakene, med sitt betydelige forbruk, må ta et miljøansvar. Foretakene har gjennom sine omfattende anskaffelser også en innkjøpsmakt som kan bidra til å påvirke både produsent og leverandørsiden på en positiv måte. Med en bygningsmasse på om lag 4 mill. kvm bidrar helseforetakene til betydelige klimagassutslipp både gjennom egen drift og gjennom anskaffelser. Innkjøp av utstyr, forbruksmateriell og tjenester utgjør mer enn 16 mrd. kroner hvert år. I tillegg er sektoren en stor byggherre med mange store utbyggingsprosjekter.

Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksmøter bedt regionale helseforetak om å følge opp regjeringens Handlingsplan 2007–2010, Miljø- og samfunnsansvar i offentlige anskaffelser.

De regionale helseforetakene leverte 1. oktober 2008 en rapport som kartlegger etablerte miljøtiltak i sektoren med overføringsverdi og som utreder nye mulige miljøtiltak innenfor spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene er i fellesskap bedt om å sikre en helhetlig tilnærming for å oppfylle de nasjonale miljø- og klimamålene med utgangspunkt i denne rapporten. Videre er de i fellesskap særskilt bedt om å vurdere strategier for å nå regjeringens målsettinger på miljø- og klimaområdet ved bruk av felles innkjøpsmakt, å etablere et rådgivende miljø- og klimaforum innen 1. juli 2009 og innen 1. juni 2010 vurdere hvorvidt helseforetakene bør miljøsertifiseres. I dette arbeidet vil en innhente erfaringer fra Sverige som har kommet lengre enn Norge på dette området. De regionale helseforetakene vil for øvrig opprette en egen nettside for forumet som blant annet vil inneholde en idébank for miljø- og klimatiltak som kan gjennomføres i helseforetakene. I august 2009 arrangerte man en klimakonferanse for spesialisthelsetjenesten med god deltakelse fra ledelsen i helseforetakene og med ekspertise internt og eksternt.

De sentrale helsemyndighetene bestemte i 2008 at befolkningen i kommunene Gulen og Masfjorden skulle tilbys helseundersøkelse som en oppfølging av Vest-Tank ulykken i Gulen i mai 2007. Dette er en viktig undersøkelse for den aktuelle befolkningen, men er erfaringsmessig også viktig for den øvrige befolkning. De planlagte undersøkelsene går imidlertid utover spesialisthelsetjenestens ansvarsområde, og en vil derfor gi en særskilt finansiering til deler av dette omfattende arbeidet som er planlagt å gå frem til 2013.

Statens strålevern overvåker forekomsten av radioaktive stoffer i miljøet i Norge. Målinger blir jevnlig foretatt av luft, jord, vann, fisk, sediment og utvalgte indikatororganismer, samt i husdyr og enkelte matvarer som en del av det nasjonale overvåkningsprogrammet. Dette danner en del av basisen for konsekvensvurderinger og studier av effekter. I tillegg har Strålevernet bygget opp en omfattende beredskap for å redusere konsekvensene av eventuelle atomulykker. Strålevernet har også et målenettverk og et varslings- og prognoseverktøy som muliggjør reduksjon av risiko for solskader. Lov av 12. mai 2000 om strålevern og bruk av stråling og forskrift 21. november 2003 om strålevern og bruk av stråling inneholder bl.a. bestemmelser om avfallsdisponering av radioaktige stoffer, inkludert utslipp. Miljøverndepartementet har det konstitusjonelle ansvaret for radioaktiv forurensning og annen stråling i det ytre miljø og har fått delegert myndighet etter strålevernlovens og strålevernsforskriftens bestemmelser om ytre miljø, jf. kgl. res. 10. november 2006. I avtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Miljøverndepartementet av 2006 beskrives Strålevernets fagdirektoratsfunksjoner overfor Miljøverndepartementet på dette området. I statsbudsjettet for 2009 har regjeringen varslet en gjennomgang av regelverket med sikte på styrking av kompetansegrunnlaget for Statens strålevern. Hovedformålet er at forurensning

fra radioaktive stoffer behandles på samme måte som andre forurensende stoffer. Regjeringen la i juni 2009 frem strategi for å redusere radoneksponering i Norge.

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 skadelige faktorer i miljøet, bl.a. biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale, som kan ha negativ innvirking på helsen.

Norge er representert ved Helsedirektoratet i European Environment and Health Committe (EEHC), under WHO- Europakontoret for å bidra til implementering av felles strategiplan for barns helse og miljø i Europa (Children's Environment and Health Action Plan for Europe, Cehape) og forberedelser til WHOs 5. ministerkonferanse om miljø og helse i Parma 2010.

Nasjonal strategi for barns miljø og helse, Barnas framtid, for planperioden 2006–2016 følges opp. Helse- og omsorgsdepartementet har i samarbeid med berørte parter startet arbeidet med utvikling av et nasjonalt barnebarometer som oppfølging av strategien.

10.2 Fornying, organisasjons- og strukturendring i statsforvaltningen

Helserefusjonsområdet

Fra og med 1. januar 2009 ble ansvaret for helserefusjonsområdet flyttet fra Arbeids- og velferdsetaten til Helsedirektoratet ved Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). HELFO er en egen organisatorisk og administrativ enhet i Helsedirektoratet og er en leverandør av tjenester til befolkningen, med ansvar for saksbehandling og utbetaling av refusjon.

Forslag til endringer i folketrygdloven, helseregisterloven og spesialisthelsetjenesteloven ble sendt på høring i mai 2009. Forslagene gjelder innføring av en automatisk frikortsordning, etablering av nødvendige registre, reservasjonsrett m.m. En automatisk frikortsordning foreslås å trå i kraft i løpet av 2010.

I en slik ordning sendes frikort automatisk i posten til brukeren når egenandelstak 1 er nådd. Løsningen forutsetter innhenting og utveksling av opplysninger om fritaksstatus m.m. mellom etaten og behandlere/tjenesteytere. Digitaliseringen innebærer en betydelig forenkling for både brukerne og forvaltningen. Helsedirektoratet overtok ansvaret for frikortsprosjektet 1. januar 2009, i forbindelse med overføringen av helserefusjonsområdet. Det er besluttet at utprøvingen av den elektroniske frikortmodulen i Tromsø starter 1. januar 2010, og vil gjelde alle med folkeregistrert adresse i Tromsø kommune. For nærmere omtale vises det til programområde 30 og kap. 720.

Pasientreiseprosjektet

Oppgaven med å håndtere enkeltoppgjør for pasientreiser blir i perioden 1. september 2009 til 1. januar 2010 overført fra Arbeids- og velferdsetaten til de regionale helseforetakene. Tjenesten vil bli organisert med et nasjonalt kontor i Skien og regionale saksbehandlerenheter. Det utvikles et eget saksbehandlingssystem for arbeidet med søknader om enkeltoppgjør for reise til og fra behandling i helseinstitusjon.

Norsk helsearkiv

Norsk helsearkiv foreslås etablert på Tynset. Formålet med helsearkivet er å sikre en forsvarlig oppbevaring og tilgjengeliggjøring av eldre, bevaringsverdige pasientarkiver.

Helsearkivet vil ved full drift gi rundt 15-20 arbeidsplasser. Norsk helsearkiv organiseres som en enhet i Arkivverket. Helse- og omsorgsdepartementet vil ha oppgaven med å etablere Norsk helsearkiv.

Det vises til nærmere omtale under kap. 781, post 21 Forsøk og utviklingsvirksomhet.

10.3 Kjønns- og likestillingsperspektivet

Kjønnsperspektivet skal ivaretas innenfor det ordinære arbeidet med å forebygge, diagnostisere og behandle helseproblemer, framfor å lage egne tilbud for kvinner og menn. Det er et mål å redusere forskjell mellom kjønnene i helseatferd. Helseinformasjon skal være tilpasset begge kjønn.

Departementets mål for en likestilt helsetjeneste er konsentrert om to akser. Den ene er å inkludere kjønnsperspektiv i all virksomhet hvor dette er relevant. Den andre er å rette spesiell oppmerksomhet mot lidelser som utelukkende kvinner eller menn har, eller sykdommer hvor det ene kjønnet er i flertall eller har spesielle vansker. I departementets styringsdokumenter er de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet bedt om

å vektlegge at helsetjenestene utvikles i et kjønnsperspektiv. Spesielle utfordringer knyttet til kvinners og menns helse skal møtes med tilstrekkelige kunnskaper og ressurser.

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin er gitt et særskilt ansvar for å forvalte retningslinjer for inklusjon av kvinner i medisinsk forskning.

Departementet har vektlagt og synliggjort forskning på kvinners helse gjennom en strategisk satsning i Norges forskningsråd. Norges forskningsråd er de to siste årene bedt om at disse øremerkede forskningsmidlene spesielt skal rettes mot helsetjenester til kvinner. Departementet har videre i tildelingsbrevet til Norges forskningsråd de senere årene bedt om særskilt rapportering på hvordan kjønnsperspektivet er ivaretatt i de enkelte programmene.

I 2008 var det seks forskningsprosjekter med bevilgning fra midlene øremerket Kvinners helse. Disse prosjektene inngår i porteføljen til flere av helseprogrammene og omhandler blant annet temaene; kvinner og osteoporose, sosial ulikhet i kvinners helse, brystkreft og effekten av fysisk aktivitet, psykisk helse hos mor som får barn med medfødt hjertefeil og vold mot kvinner. I Forskningsrådets totale portefølje var det i tillegg 28 andre pågående prosjekter med helt spesifikk relevans for kvinnehelse. Kjønnsperspektivet er relevant i større randomiserte kliniske studier innenfor programmet Klinisk forskning, men også i epidemiologiske og andre studier i Folkehelseprogrammet. Programmet Klinisk forskning hadde elleve større kliniske studier i 2008, hvorav fem har adressert kjønnsperspektivet spesifikt i studiedesign og/eller analyser. Av de fem studiene er en innenfor hjerte-/karlidelser, to om diabetes, en om hjerneslag og en innenfor rygg og andre muskel/skjelettlidelser.

Det ble i 2006 etablert et nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse knyttet til Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet. Kompetansesenteret har særskilte oppgaver innen forskning, kompetanseoppbygging, rådgivning og formidling av kunnskap om kvinnehelse.

Helse- og omsorgsdepartementet la i februar 2009 fram St.meld. nr. 12 (2008-2009) En gledelig begivenhet. Meldingen omtaler en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Tilbudet til kvinner både før, under og etter fødselen må være helhetlig, slik at den fødende og hennes familie skal kunne føle trygghet i hele forløpet. Den lokale jordmortjenesten skal bli mer tilgjengelig og sykehusene får ansvar for følgetjenesten til fødestedet. De regionale helseforetakene skal sammen med kommunene lage en flerårig og helhetlig plan for fødetilbudet i regionen.

Hiv og aids har tradisjonelt blitt sett på som et helsespørsmål, – en utfordring for folkehelsen. Regjeringen lanserte i juni 2009 strategien «Aksept og mestring: Nasjonal hiv-strategi (2009-2014)». Et av hovedmålene er at alle som er smittet av hiv skal sikres god behandling og oppfølging, uansett kjønn.

Regjeringen har lagt fram en opptrappingsplan for rusfeltet (2006–2010) med en helhetlig satsing for å styrke feltet. Et hovedmål er å gi brukerne et mer individuelt utformet tjenestetilbud, herunder tilbud som er tilpasset kvinners særskilte behov. Frelsesarmeens gatehospital gir et tilbud til rusmiddelavhengige som trenger døgnbasert pleie- og omsorgstilbud og medisinsk oppfølging. Erfaringene fra Gatehospitalet er at kvinner har behov for et skjermet og tilpasset tilbud i denne fasen, og Helse- og omsorgsdepartementet har styrket tilskuddet slik at tilbudet fra høsten 2008 er utvidet med en egen kvinneavdeling

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) er en tverrdepartemental satsning for å styrke forskning, utviklingsarbeid, kunnskapsformidling og kompetanseutvikling på volds – og traumefeltet. Det er videre etablert regionale ressurssentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). Sentrene skal bidra til bedre og mer helhetlige tjenester gjennom å arbeide for økt kompetanse og bedre tverrfaglig og tverretatlig samarbeid i regionen. Sentrene skal bistå det utøvende tjenesteapparatet (barnevern, krisesentre, helsetjenester, familievern, politi mv.) med informasjon, veiledning og kompetansebygging. De skal bidra til å etablere nettverk mellom relevante samarbeidspartnere i regionen. Det er etablert overgrepsmottak i alle fylker. Overgrepsmottakene er lavterskeltilbud forankret i kommunale/interkommunale legevakter for personer som har vært utsatt for vold i nære relasjoner og/eller seksuelle overgrep. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2008-2011), Vendepunkt, har tiltak for å bidra til at politiet, utdanningsinstitusjonene og hjelpeapparatet blir bedre skolert, mer samordnet og dyktigere til å avdekke, forebygge og ivareta de sammensatte problemstillingene vold i nære relasjoner reiser. Krisesentertilbudet i kommunene er nå i 2009 lovfestet. Det er Barne- og likestillingsdepartementet som koordinerer arbeidet med krisesentrene.

Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (Nakmi) skal drive kunnskapsformidling, forsknings- og utviklingsarbeid og informasjonsutveksling nasjonalt og internasjonalt om somatisk og psykisk helse og omsorg for mennesker med

minoritetsbakgrunn. Målet for arbeidet er likeverdige helsetjenester for hele befolkningen. Handlingsplan mot tvangsekteskap (2008–2011), har tiltak som omfatter; lovverk, forebygging, kompetanse, samarbeid, gode og tilgjengelige hjelpetiltak, kunnskap og forskning, internasjonal innsats og samarbeid og aktørenes ansvar og roller.

Likestillingsrapport

Helse- og omsorgsdepartementet har i alt 219 ansatte, hvorav 34 pst. er menn og 66 pst. er kvinner. Inkludert her er seks ansatte i fødselspermisjon, hvorav fem kvinner og en mann. Departementet har 56 embetsstillinger, hvorav 63 pst. innehas av kvinner og 37 pst. av menn. Heltidsansatte utgjør 84 pst. av antall ansatte, hvorav 37 pst. er menn. Departementet har videre 21 ansatte som arbeider deltid eller har redusert stilling, hvorav en er mann. Videre har departementet ni ansatte i ulønnet permisjon. Av disse er tre menn og seks kvinner. Departementet har likestilling som integrert del av sin overordnede og daglige lønns- og personalpolitikk.

Helsedirektoratet hadde i 2008 69 pst. kvinneandel. Det er det samme som i 2006 og 2007. Det er ikke lønnsforskjeller mellom kvinner og menn til og med rådgivertrinnet, men lønnsforskjellene øker fra gruppen seniorrådgiver og oppover. For seniorrådgivere var differensen uendret i 2008. I gruppen spesialstillinger/prosjektledere ble lønnsforskjellene noe redusert i 2008, mens den økte marginalt fra avdelingsdirektør og oppover. Antall deltidsansatte har blitt redusert i 2008. I denne gruppen har det vært en negativ lønnsmessig utvikling sett i et likestillingsperspektiv. Sykefraværet for kvinner gikk ned fra 2004 til 2005. I de påfølgende år har det vært en svak stigning. For menn var det en markant stigning i 2007, mens det har vært en nedgang i 2008. Sykefraværet følges opp av den enkelte leder og tas opp i AMU og ledermøter jevnlig og i årsanalyse av sykefravær.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har om lag 850 ansatte, herav om lag 70 pst. kvinner. FHI økte i 2008 andelen kvinner i ledende stillinger, sett i forhold til 2007. Andelen kvinner i faglige seniorstillinger er stabil. I de miljøer der FHI har en overvekt av mannlige ledere tilstrebes det å rekruttere inn kvinner. Analyser av lønnsnivået i ulike stillingskategorier gir ingen indikasjoner på at det er lønnsforskjeller som kan forklares ut fra kjønn. Analysene viser at gjennomsnittslønnen for kvinner har økt mer enn for menn sist år. FHIs viktigste utfordring er å øke kvinneandelen i vitenskapelige seniorstillinger.

Statens institutt for rusmiddelforskning har 41 ansatte og en kvinneandel på om lag 72 pst. I ledergruppen er det halvparten av hvert kjønn. Det er ikke er uttalte lønnsforskjeller som følge av kjønn. Den lokale tilpasningsavtalen inneholder likestillingstiltak som kjønnsnøytrale kriterier for lønn, at kvinner skal gis samme mulighet som menn til å arbeide med kvalifiserende arbeidsoppgaver og til å ivareta prosjektlederfunksjoner og andre lederfunksjoner.

Norsk pasientskadeerstatning har følgende kvinneandel blant de ansatte: 72 pst. i arbeidsstokken totalt og 50 pst. blant virksomhetens ledere. Kvinneandelen har økt litt fra 2007 til 2008. Det er en klar overvekt av kvinnelige søkere til ledige stillinger i NPE. For å øke andelen menn i stillingsgrupper hvor disse er underrepresentert, har virksomheten tatt inn en oppfordring om mannlige kandidater i stillingsannonser fra høsten 2005. NPEs styre har en kvinnerepresentasjon på 40 pst.

Statens helsetilsyn hadde i 2008 en kvinneandel på 62 pst. Gjennomsnittslønn var 486 758 kroner for kvinner og 562 568 kroner for menn. I 2008 har forskjellen i gjennomsnittslønn mellom kvinner og menn økt markant, i forhold til tidligere år. Dette kan forklares med at det i 2008 ble rekruttert til nye lederstillinger, herunder prosjektleder, som har krevd høy avlønning, og hvor tilsatte har vært menn. Det er også en viss variasjon i lønnsnivå mellom kjønnene i mellomledersjiktet. Her har kvinner en høyere gjennomsnittslønn enn menn, henholdsvis om lag 604 000 kroner og 544 229 kroner. Dette forklares hovedsakelig ved at flere kvinner enn menn leder enheter og grupper med stort kontrollspenn og har personalansvar for et større antall medarbeidere. For seniorrådgivere og prosjektledere fordelt på utdanningsgrupper er det små lønnsforskjeller mellom kjønnene. Fastsetting av lønn på dette nivået er basert på krav til kompetanse, ansvar og bredde i arbeidsoppgavene og eventuelt andre særlige forhold som det er tatt hensyn til. I de lokale forhandlingene i 2008 ble lønnsmidlene fordelt med henholdsvis 73,1 pst. til kvinner og 27,6 pst. til menn.

Legemiddelverket er en kvinnedominert arbeidsplass. Ved slutten av 2008 var kvinneandelen 71 pst. På ledernivå har etaten en meget jevn kjønnsfordeling. Legemiddelverket tilstreber å ha en god likestillingspolitikk både ved rekruttering og i de lokale lønnsforhandlingene. Legemiddelverket vil fortsette arbeidet med å fremme likestilling og vil i arbeidet videre se likestilling både i forhold til alder, kjønn, etnisitet, religion og fysiske/psykiske handikap.

I Statens strålevern var det i 2008 98 tilsatte – derav 48 kvinner. I lederstillingen er 6 av 13 kvin-

ner. I gruppen forskere og ingeniører er om lag to tredeler menn, mens blant saksbehandlerne er det motsatt. Av totalt 7 forskere med høyest kompetanse (forsker 1183) er det kun en kvinne. Det er om lag like mange menn og kvinner i deltidsstilling hvor begrunnelsen er omsorg for barn. Beregninger foretatt i 2006 viser at det ikke er uttalte lønnsforskjeller som følge av kjønn. Det arbeides med å få en jevnere fordeling mellom kvinner og menn i stillinger hvor det er skjevheter. Videre vil forholdene legges til rette for at forskere, og da særlig kvinner, kan kvalifisere for høyere forskerstillinger.

Helse Sør-Øst hadde i gjennomsnitt 65 613 ansatte i 2008, og blant de ansatte i Helse Sør-Øst RHF er det en tilnærmet lik fordeling mellom kvinner og menn. De enkelte helseforetak redegjør for lokale likestillingsspørsmål i sine årsberetninger. Styret i Helse Sør-Øst RHF hadde i 2008 16 medlemmer. Av de elleve eieroppnevnte medlemmer var seks kvinner og fem menn. De ansattvalgte styremedlemmer fordelte seg med to kvinner og tre menn. Ledergruppen i Helse Sør-Øst RHF består av seks kvinner og seks menn. Helseforetakene i Helse Sør-Øst er ledet av styrer med god likevekt mellom kjønnene. To av syv styreledere/driftsstyreledere er kvinner. Helse Sør-Øst er opptatt av å styrke kvinneandelen blant helseforetakslederne. Fire av fjorten helseforetak ledes av kvinner. Utviklingen har vært positiv siden etableringen av helseforetakene i 2002, da bare ett helseforetak var ledet av en kvinne. En egen tiltaksplan for å bedre kjønnsbalansen innen toppstillinger for klinisk akademisk medisin er vedtatt i Samarbeidsutvalget for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo.

Helse Vest hadde i gjennomsnitt 21 770 ansatte i 2008. Om lag tre fjerdedeler av de tilsatte ved sykehusene og institusjonene i helseregionen er kvinner. Innen enkelte yrkesgrupper er kvinneandelen spesielt stor, blant annet gjelder dette sykepleiere, hjelpepleiere og renholdspersonell. Blant leger er situasjonen motsatt. Det er store lønnsforskjeller mellom de ulike yrkesgruppene i helseforetakene, men ut fra lønnsnivå ligger kvinner og menn innen samme yrkesgruppe på om lag likt nivå. Styret i Helse Vest RHF bestod i 2008 av 13 medlemmer. Blant de ni eieroppnevnte medlemmene var det fire kvinner og fem menn. De ansattvalgte styremedlemmene fordelte seg med tre kvinner og en mann.

Helse Midt-Norge hadde i gjennomsnitt 15 619 ansatte i 2008, herav 80 pst. kvinner. I underliggende foretak er det en overvekt av menn i topplederstillinger. Fordelingen av administrerende direktører i de underliggende foretakene er to kvinner og seks menn, mens 39 pst. av lederne i foretakene er kvinner. Helse Midt-Norge RHF ønsker å legge til rette for en mest mulig jevn fordeling mellom kjønnene i alle fag og organisasjonsnivå. Styret i Helse Midt-Norge RHF besto i 2008 av seks menn og syv kvinner. I foretaksgruppens styrer var det en 45 pst. kvinneandel, en reduksjon på 3 pst. fra 2007. For brukerutvalgene i foretaksgruppen er det en overvekt av kvinnelige representanter med 52 pst., en økning på 6 pst. fra 2007. Helse Midt-Norge går inn for å ha en god balanse mellom kjønnene med hensyn til styrer og brukerutvalg.

Helse Nord hadde i gjennomsnitt 12 943 ansatte i 2008. Av alle ansatte i helseforetaksgruppen var 70,9 pst. kvinner, en reduksjon på 2 pst. fra 2007. I forhold til andel ansatte, er kvinner fremdeles underrepresentert i lederstillinger på mellom- og toppnivå i helseforetakene. I ledelsesutviklingstiltakene som gjennomføres er det lagt særlig vekt på rekruttering av kvinnelige deltakere. Styret i Helse Nord RHF bestod i 2008 frem til februar av tolv medlemmer og resten av året av tretten medlemmer. Styret bestod frem til februar av seks kvinner og seks menn, fra mars til juni av seks kvinner og syv menn og fra juli av syv kvinner og seks menn. Ledergruppen har i 2008 bestått av fem menn og en kvinne. Kvinneandelen av ansatte i Helse Nord RHF er 52,2 pst. og kvinneandelen i Helse Nord IKT er på 22,4 pst. Samlet kvinneandel for Helse Nord RHF i 2008 har vært 31,1 pst.

Arbeidet med likestilling er en viktig del av AS Vinmonopolets personalpolitikk. Dette gjelder ved rekruttering, kompetanseutvikling, lønnspolitikk og arbeidsvilkår. Andelen kvinnelige ledere ved utgangen av 2008 var 47 pst. Andelen varierer mellom de ulike ledernivåene, ledergruppen har en 29 pst. kvinneandel, mellomledere i administrasjonen har en 33 pst. andel kvinner, mens andelen kvinnelige ledere i Vinmonopolets butikker er 51 pst. Fordelingen på heltidsstillinger i butikkene er 53 pst. kvinner, mens deltidsstillinger i butikk har en kvinneandel på 82 pst. Det var i 2008 en høyere rekruttering av kvinner enn menn i de forskjellige stillingsgruppene.

10.4 Omtale av tilsettingsvilkårene til ledere i heleide statlige virksomheter

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF har i regnskapsperioden 2008 mottatt lønn på 1 831 046 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 51 323 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 272 016 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsbetingelser via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. Under gitte forut-

setninger har ledergruppen rett på etterlønn i 12 måneder fra fratredelsesdato. Etterlønn vil bli redusert med lønn fra ny arbeidsgiver.

Administrerende direktør i Helse Vest RHF har i regnskapsperioden 2008 mottatt lønn på 1 782 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 42 000 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 803 000 kroner. I dette beløpet inngår også kostnader knyttet til pensjon utover kollektiv pensjonsordning. Det er ikke inngått avtale om sluttvederlag eller lignende for administrerende direktør.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF har i regnskapsperioden 2008 mottatt lønn på 1 559 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 9 000 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 216 000 kroner. I tillegg til lønn opptjener administrerende direktør halvannen måneds studie- og oppdateringspermisjon for hvert hele år i funksjon som administrerende direktør. Dersom administrerende direktør må fratre, eller selv velger å slutte i sin stilling, plikter Helse Nord RHF å betale lønn i 6 måneder ut over vanlig oppsigelsestid.

Tidligere administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF fratrådte stillingen som administrerende direktør og gikk etter eget ønske over til en annen stilling 30. oktober 2008. Tidligere administrerende direktør har i regnskapsperioden 2008 mottatt lønn på 1 495 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 103 000 kroner. Pensjonsutgiftene til tidligere administrerende direktør utgjorde 220 000 kroner. Kommunikasjonsdirektør i Helse Midt-Norge RHF fungerte som midlertidig administrerende direktør i perioden 30. oktober 2009 til 10. november 2009. Konstituert administrerende direktør fra 10. november 2008 har i regnskapsperioden 2008 mottatt lønn på 221 000 kroner. Pensjonsutgiftene til konstituert administrerende direktør utgjorde 35 000 kroner. Ny administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF tiltrådte 18. mai 2009.

Pensjonskostnadene er i sin helhet knyttet til kollektiv pensjonsordning i KLP for alle direktørene.

Administrerende direktør i AS Vinmonopolet hadde per 31. desember 2008 en årslønn på 1 677 940 kroner. I tillegg til lønnen har administrerende direktør en fast bilgodtgjørelse på 136 092 kroner per år. Vinmonopolet implementerte i 2007 en lederpensjonsordning som finansieres over drift. Total pensjonskostnad for administrerende direktør i 2008 var 663 000.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

1. I Prop. 1 S om statsbudsjettet for år 2010 føres opp de summene som er nevnt i et framlagt forslag:

a. Sum utgifter under kap. 700–783 og 2711–2790	kr	128 692 449 000
b. Sum inntekter under kap. 3700–3751, 5572 og 5631	kr	2 376 434 000

Forslag til vedtak om bevilgning for budsjettåret 2010, kapitlene 700–783 og 2711–2790, 3700–3751, 5572 og 5631

I
Utgifter

Kap.	Post		Kroner	Kroner
		Helse- og omsorgsdepartementet mv.		
700		Helse- og omsorgsdepartementet		
	01	Driftsutgifter	152 666 000	152 666 000
702		Beredskap		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 70*	70 915 000	
	70	Tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	3 275 000	74 190 000
703		Internasjonalt samarbeid		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	45 885 000	
	70	Tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 60*	32 300 000	78 185 000
		Sum Helse- og omsorgsdepartementet mv.		305 041 000
		Folkehelse		
710		Nasjonalt folkehelseinstitutt		
	01	Driftsutgifter	468 154 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	709 104 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	17 219 000	1 194 477 000
711		Ernæring og mattrygghet		
	01	Driftsutgifter	18 521 000	
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 70*	11 000 000	
	70	Tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	1 000 000	
	74	Skolefrukt, *kan overføres*	17 289 000	47 810 000
712		Bioteknologinemnda		
	01	Driftsutgifter	8 117 000	8 117 000
715		Statens strålevern		
	01	Driftsutgifter	70 710 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	41 179 000	111 889 000
716		Statens institutt for rusmiddelforskning		
	01	Driftsutgifter	35 950 000	35 950 000
718		Rusmiddelforebygging		
	21	Spesielle driftsutgifter	77 969 000	
	63	Tilskudd, *kan overføres*	27 299 000	
	70	Frivillig arbeid, *kan overføres*	95 821 000	201 089 000

Kap.	Post		Kroner	Kroner
719		Annet folkehelsearbeid		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres, kan nyttes under post 79*	50 301 000	
	60	Kommunetilskudd, *kan overføres*	11 855 000	
	70	Smittevern mv., *kan overføres*	31 529 000	
	73	Fysisk aktivitet, *kan overføres*	31 488 000	
	79	Andre tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	15 460 000	140 633 000
		Sum Folkehelse		1 739 965 000
		Helseforvaltning		
720		Helsedirektoratet		
	01	Driftsutgifter	732 421 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	44 653 000	
	22	Elektroniske resepter, *kan overføres*	56 770 000	833 844 000
721		Statens helsetilsyn		
	01	Driftsutgifter	84 771 000	84 771 000
722		Norsk pasientskadeerstatning		
	01	Driftsutgifter	107 256 000	
	70	Advokatutgifter	29 966 000	
	71	Særskilte tilskudd	2 064 000	139 286 000
723		Pasientskadenemnda		
	01	Driftsutgifter	34 688 000	34 688 000
724		Statens autorisasjonskontor for helsepersonell		
	01	Driftsutgifter	24 513 000	24 513 000
725		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten		
	01	Driftsutgifter	112 932 000	112 932 000
726		Statens helsepersonellnemnd		
	01	Driftsutgifter	6 060 000	6 060 000
728		Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda		
	01	Driftsutgifter	3 624 000	3 624 000
729		Pasient- og brukerombud		
	01	Driftsutgifter	54 062 000	54 062 000
		Sum Helseforvaltning		1 293 780 000
		Spesialisthelsetjenester		
732		Regionale helseforetak		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	8 354 000	
	70	Særskilte tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75*	341 691 000	
	72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, *kan overføres*	40 409 437 000	
	73	Basisbevilgning Helse Vest RHF, *kan overføres*	14 057 339 000	

Kap.	Post		Kroner	Kroner
	74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, *kan overføres*	10 718 406 000	
	75	Basisbevilgning Helse Nord RHF, *kan overføres*	9 511 682 000	
	76	Innsatsstyrt finansiering, *overslagsbevilgning*	19 148 942 000	
	77	Poliklinisk virksomhet mv., *overslagsbevilgning*	2 313 459 000	
	78	Forskning og nasjonale kompetansesentre, *kan overføres*	858 114 000	
	79	Raskere tilbake, *kan overføres*	483 567 000	
	81	Tilskudd til store byggeprosjekter, *kan overføres*	287 312 000	
	82	Investeringslån, *kan overføres*	689 628 000	
	83	Opptrekksrenter for lån fom. 2008, *overslagsbevilgning*	6 000 000	
	91	Opptrekksrenter for lån tom. 2007, *overslagsbevilgning*	10 000 000	98 843 931 000
733		Habilitering og rehabilitering		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	17 719 000	
	70	Behandlingsreiser til utlandet	103 444 000	
	72	Kjøp av opptrening mv., *kan overføres*	41 160 000	
	79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	16 400 000	178 723 000
734		Særskilte tilskudd til psykisk helse- og rustiltak		
	01	Driftsutgifter – Kontrollkommisjonene	35 919 000	
	70	Tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket	2 121 000	
	71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	65 461 000	
	72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	52 448 000	155 949 000
		Sum Spesialisthelsetjenester		99 178 603 000
		Legemidler		
750		Statens legemiddelverk		
	01	Driftsutgifter	206 010 000	206 010 000
751		Legemiddeltiltak		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	12 165 000	
	70	Tilskudd	57 377 000	69 542 000
		Sum Legemidler		275 552 000
		Helse- og omsorgstjenester i kommunene		
761		Omsorgstjeneste		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	140 872 000	
	60	Kompetansetiltak i kommunene, *kan overføres*	193 555 000	
	61	Vertskommuner	971 213 000	
	66	Brukerstyrt personlig assistanse	82 320 000	
	67	Utviklingstiltak	36 882 000	
	71	Frivillig arbeid mv.	19 307 000	
	72	Landsbystiftelsen	63 608 000	

Kap.	Post		Kroner	Kroner
	73	Særlige omsorgsbehov	19 913 000	
	75	Kompetansetiltak	9 961 000	
	79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	12 597 000	1 550 228 000
762		Primærhelsetjeneste		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 70*	24 079 000	
	60	Helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten	6 500 000	
	61	Fengselshelsetjeneste	117 281 000	
	70	Tilskudd, *kan nyttes under post 21*	33 585 000	
	71	Frivillig arbeid mv.	6 024 000	
	73	Forebygging av uønskede svangerskap og abort, *kan overføres*	28 512 000	
	74	Stiftelsen Amathea	15 465 000	231 446 000
763		Rustiltak		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 71*	63 500 000	
	61	Kommunalt rusarbeid, *kan overføres*	323 088 000	
	71	Frivillig arbeid mv., *kan overføres, kan nyttes under post 21*	160 421 000	
	72	Kompetansesentra mv.	95 887 000	642 896 000
764		Psykisk helse		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	33 941 000	
	60	Psykisk helsearbeid, *kan overføres*	195 837 000	
	72	Utviklingstiltak, *kan overføres*	413 543 000	
	73	Vold og traumatisk stress, *kan overføres*	108 255 000	751 576 000
769		Utredningsvirksomhet mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 70*	29 837 000	
	70	Utredningsvirksomhet mv., *kan nyttes under post 21*	4 200 000	34 037 000
		Sum Helse- og omsorgstjenester i kommunene		3 210 183 000
		Tannhelse		
770		Tannhelsetjeneste		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 70*	9 804 000	
	70	Tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under post 21*	60 682 000	70 486 000
		Sum Tannhelse		70 486 000
		Kunnskap og kompetanse		
780		Forskning		
	50	Norges forskningsråd mv.	250 294 000	250 294 000
781		Forsøk og utvikling mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter	59 315 000	
	79	Andre tilskudd	40 004 000	99 319 000
782		Helseregistre		

Kap.	Post		Kroner	Kroner
	21	Spesielle driftsutgifter	16 000 000	
	70	Tilskudd	32 000 000	48 000 000
783		Personell		
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan nyttes under post 79*	2 023 000	
	61	Turnustjeneste	143 037 000	
	79	Andre tilskudd, *kan nyttes under post 21*	22 766 000	167 826 000
		Sum Kunnskap og kompetanse		565 439 000
		Spesialisthelsetjenester mv.		
2711		Spesialisthelsetjeneste mv.		
	70	Spesialisthjelp	1 288 000 000	
	71	Psykologhjelp	172 000 000	
	72	Tannlegehjelp	1 380 000 000	
	76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	372 000 000	3 212 000 000
		Sum Spesialisthelsetjenester mv.		3 212 000 000
		Legehjelp, legemidler mv.		
2751		Legemidler mv.		
	70	Legemidler	7 913 500 000	
	71	Legeerklæringer	11 000 000	
	72	Sykepleieartikler	1 395 000 000	9 319 500 000
2752		Refusjon av egenbetaling		
	70	Egenandelstak 1	3 818 400 000	
	71	Egenandelstak 2	183 000 000	4 001 400 000
2755		Helsetjeneste i kommunene mv.		
	62	Fastlønnsordning fysioterapeuter, *kan nyttes under post 71*	230 000 000	
	70	Allmennlegehjelp	3 116 900 000	
	71	Fysioterapi, *kan nyttes under post 62*	1 727 300 000	
	72	Jordmorhjelp	43 000 000	
	73	Kiropraktorbehandling	105 000 000	
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling	81 000 000	5 303 200 000
		Sum Legehjelp, legemidler mv.		18 624 100 000
		Andre helsetiltak		
2790		Andre helsetiltak		
	70	Bidrag lokalt	217 300 000	217 300 000
		Sum Andre helsetiltak		217 300 000
		Sum departementets utgifter		128 692 449 000

Inntekter

Kap.	Post		Kroner	Kroner
		Diverse inntekter		
3703		Internasjonalt samarbeid		
	03	Refusjon fra Utenriksdepartementet	18 855 000	18 855 000
3710		Nasjonalt folkehelseinstitutt		
	02	Diverse inntekter	162 277 000	
	03	Vaksinesalg	105 300 000	267 577 000
3715		Statens strålevern		
	02	Diverse inntekter	39 276 000	
	05	Oppdragsinntekter	7 101 000	46 377 000
3716		Statens institutt for rusmiddelforskning		
	02	Diverse inntekter	2 180 000	2 180 000
3718		Rusmiddelforebygging		
	04	Gebyrinntekter	1 504 000	1 504 000
3720		Helsedirektoratet		
	02	Diverse inntekter	2 407 000	2 407 000
3722		Norsk pasientskadeerstatning		
	02	Diverse inntekter	1 167 000	
	50	Premie fra private	9 500 000	10 667 000
3723		Pasientskadenemnda		
	50	Premie fra private	500 000	500 000
3724		Statens autorisasjonskontor for helsepersonell		
	04	Gebyr inntekter	18 497 000	18 497 000
3725		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten		
	02	Diverse inntekter	124 000	124 000
3732		Regionale helseforetak		
	80	Renter på investeringslån	350 000 000	
	85	Avdrag på investeringslån fom. 2008	140 000 000	
	86	Driftskreditter	500 000 000	
	90	Avdrag på investeringslån tom. 2007	670 000 000	1 660 000 000
3750		Statens legemiddelverk		
	02	Diverse inntekter	1 977 000	
	04	Registreringsgebyr	128 774 000	
	06	Refusjonsgebyr	2 489 000	133 240 000
3751		Legemiddeltiltak		
	03	Tilbakebetaling av lån	176 000	176 000
		Sum Diverse inntekter		2 162 104 000

Kap.	Post		Kroner	Kroner
		Skatter og avgifter		
5572		Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet		
	70	Legemiddelomsetningsavgift	66 025 000	
	71	Vinmonopolavgift	44 100 000	
	72	Avgift utsalgssteder utenom apotek	4 381 000	
	73	Legemiddelkontrollavgift	60 322 000	174 828 000
		Sum Skatter og avgifter		174 828 000
		Renter og utbytte		
5631		Aksjer i AS Vinmonopolet		
	85	Statens overskuddsandel	39 500 000	
	86	Utbytte	2 000	39 502 000
		Sum Renter og utbytte		39 502 000
		Sum departementets inntekter		2 376 434 000

II
Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2010 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 700 post 01	kap. 3700 post 02
kap. 703 postene 21, 60 og 70	kap. 3703 post 03
kap. 710 post 01	kap. 3710 post 02
kap. 710 post 21	kap. 3710 postene 02 og 03
kap. 715 postene 01 og 21	kap. 3715 postene 02 og 05
kap. 716 post 01	kap. 3716 post 02
kap. 720 postene 01 og 21	kap. 3720 post 02
kap. 721 post 01	kap. 3721 postene 02 og 04
kap. 722 post 01	kap. 3722 postene 02 og 50
kap. 723 post 01	kap. 3723 post 50
kap. 724 post 01	kap. 3724 post 04
kap. 725 post 01	kap. 3725 post 02
kap. 750 post 01	kap. 3750 post 02

Fullmakter til å pådra staten forpliktelser ut over gitte bevilgninger

III
Bestillingsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2010 kan foreta bestillinger utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
710		Nasjonalt folkehelseinstitutt	
	21	Spesielle driftsutgifter	180 mill. kroner

IV
Tilsagnsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2010 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		Omsorgstjeneste	
	79	Andre tilskudd	1 mill. kroner

Andre fullmakter

V
Diverse fullmakter

Stortinget samtykker i at:

1. Helse- og omsorgsdepartementet i 2010 kan gi de regionale helseforetakene inntil 6,9 mrd. kroner i driftskreditt, men slik at utestående lån ved utgangen av 2010 ikke skal overstige 6,4 mrd. kroner.
2. investeringslån og driftskredittrammen til regionale helseforetak aktiveres i statens kapitalregnskap.
3. det av avgiftspliktig omsetning for legemiddelgrossister i 2010 skal betales avgift tilsvarende 0,55 pst.
4. statens andel i 2010 av driftsoverskuddet til AS Vinmonopolet fastsettes til 50 pst. av resultatet i 2009 før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgiften.

Offentlige institusjoner kan bestille flere eksemplarer fra:
Departementenes servicesenter
Post og distribusjon
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Faks: 22 24 27 86

Opplysninger om abonnement, løssalg og pris får man hos:
Fagbokforlaget
Postboks 6050, Postterminalen
5892 Bergen
E-post: offpub@fagbokforlaget.no
Telefon: 55 38 66 00
Faks: 55 38 66 01
www.fagbokforlaget.no/offpub

Publikasjonen er også tilgjengelig på
www.regjeringen.no

Trykk: 07 Gruppen AS – 10/2009