



DET KONGELIGE
SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENT

St.prp. nr. 1

(2001-2002)

FOR BUDSJETTERMINEN 2002

Utgiftskapitler: 600-797, 2480, 2481

Inntektskapitler: 3600-3751, 5527, 5577, 5578, 5631



DET KONGELIGE
SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENT

St.prp. nr. 1

(2001-2002)

FOR BUDSJETTERMINEN 2002

Utgiftskapitler: 600-797, 2480, 2481

Inntektskapitler: 3600-3751, 5527, 5577, 5578, 5631

*Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 21. september 2001,
godkjent i statsråd samme dag.*

*Del I
Innledende del*

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

For regjeringen er det en hovedoppgave å bekjempe fattigdom, arbeidsledighet og sosiale forskjeller. Regjeringen vil føre en helse- og sosialpolitikk bygd på ideene om sosial trygghet og likeverd. Det innebærer trygghet gjennom rettferdig fordeling av goder og byrder og felles finansiering av velferden.

Velferdsordningene må fornyes og forbedres der det trengs, slik at vi får mest mulig tjenester og kvalitet for ressursene som settes inn. Gjennom fornyelse kan vi også i fremtiden sikre velferdsløsninger for alle og bidra til utjamning av levekår.

1.1 Eldre og helse prioriteres

Regjeringen prioriterer innenfor et ansvarlig budsjett videre utbygging av helsetjenesten og eldreomsorgen. Opptappingsplanen for psykisk helse, kreftplanen og utstyrsplanen følges opp. Handlingsplan for eldreomsorgen fullføres og foreslås ytterligere utvidet med 4 000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Målsettingen er at alle skal sikres et godt og likeverdig tilbud av behandling og pleie- og omsorgstjenester, uavhengig av bosted, inntekt, kjønn og sosial bakgrunn.

Et godt utbygd helsetilbud er nødvendig, men ikke tilstrekkelig, for å oppnå god allmennhelse i befolkningen. Det må legges vekt på helsefremmende og forebyggende tiltak i alle sektorer av samfunnet. Etter hvert som det blir stadig flere i de eldste aldersgruppene vil behovet for helsetjenester øke. Samtidig forventes en videre utvikling av medisinsk teknologi og, som en konsekvens av det, økt etterspørsel etter helsetjenester. Oppfølging av nasjonal kreftplan, plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus og opptappingsplan for psykisk helse gir økt ressurstilgang til helsetjenesten. Samtidig må eksisterende ressurser brukes på en mer effektiv måte. Dette er også bakgrunnen for den statlige overtakelsen av sykehusene. Formålet med sykehusreformen er å få mer ut av hver helsekrone, gi et mer likeverdig tilbud over hele landet og fjerne unødig ventetid for medisinsk behandling. Omorganiseringen av den sentrale statlige sosial- og helseforvaltning vil samtidig medføre at en står bedre rustet til å nå de sosial- og helsepolitiske målene.

Regjeringen vil satse på brukerorganisasjonene som viktige deltakende aktører i kvalitetsforbedrings- og brukerstyrkingsarbeidet, og vil sam-

arbeide med brukerorganisasjonene på nasjonalt plan i gjennomføring av viktige helsepolitiske målsettinger.

Implementering av bestemmelsen om individuelle planer er sentralt for å få etablert tjenester basert på brukernes behov og medvirkning. Utarbeiding av individuelle planer forutsetter bruker- og pårørendemedvirkning. Det er også viktig for Regjeringen at de bestemmelsene som fremgår av pasientrettighetsloven, som styrker pasienter og brukere, medfører en reell kvalitetsforbedring på helsetjenestene for befolkningen.

1.2 Et samfunn for alle

Regjeringens politikk overfor funksjonshemmede koordineres av Sosial- og helsedepartementet. Den største utfordringen er å fjerne samfunns-kapte barrierer som forsterker funksjonshemminger og fratar mange mennesker mulighet til deltaking og likestilling. NOU 2001:22 «Fra bruker til borger» dokumenterer disse barrierene og foreslår nye strategier og tiltak.

Regjeringen har prioritert satsingen på brukermedvirkning og samfunnsplanlegging i handlingsplanen for funksjonshemmede, jf. kap. 674, post 21. Regjeringen vil at dette skal videreføres med vekt på universell utforming av våre fysiske omgivelser, tjenester og produkter, slik at samfunnsskapte barrierer reduseres. Viktige satsingsområder er utdanning, arbeid og transport.

Funksjonshemmedes aktive deltakelse forutsetter også utvikling av helse- og sosialtjenestene med fokus på informasjon, veiledning og tjenester tilpasset den enkeltes behov.

1.3 Norge bruker mye på helsetjenesten sammenliknet med andre land

Det offentlige finansierer en større andel av helsetjenestene i Norge enn i de fleste av OECD-landene, mens innslaget av private løsninger har et tilsvarende beskjedent omfang.

Ifølge anslag fra OECD utgjorde helseutgifter (inkludert utgifter til pleie og omsorg) 9,3 pst. av BNP i Norge i 1999. Målt som andel av BNP hadde Norge dermed de femte høyeste utgiftene i OECD-området og de tredje høyeste i EU/EØS-området (etter Tyskland og Frankrike). I 1990 hadde Norge til sammenlikning den laveste andelen av helseutgifter i Norden (7,8 pst. av BNP).

Samtidig har Norge falt noe tilbake i forhold til andre land etter forventet levealder, men ligger fortsatt høyt (over EØS-gjennomsnittet). Det illustrerer viktigheten av helsefremmende og forebyg-

gende tiltak innenfor alle samfunnssektorer. En god helsetjeneste er alene ikke nok for å fremme almenhelsen i befolkningen.

1.4 Sterk nasjonal og offentlig økonomi og mer rettferdig fordeling

Regjeringens hovedmål for den økonomiske politikken er arbeid for alle, en rettferdig fordeling, å videreutvikle det norske velferdssamfunnet og å bidra til en bærekraftig utvikling.

For å nå disse målene legger Regjeringen vekt på å videreføre den økonomiske politikken basert på Solidaritetsalternativet, som sprang ut av arbeidet til Sysselsettingsutvalget. Gjennomføringen av Solidaritetsalternativet har gitt gode resultater, med økt sysselsetting og redusert arbeidsledighet.

I St.meld. nr. 29 (2000-2001) ble det fastlagt nye retningslinjer for den økonomiske politikken. Regjeringen så et behov for en robust handlingsregel for bruken av oljeinntektene. Som retningslinje for budsjettpolitikken legges følgende til grunn:

- Petroleumsinntektene fases gradvis inn i økonomien. Det legges til grunn en innfasing om lag i takt med forventet realavkastning av Petroleumsfondet.
- Det må legges stor vekt på å jevne ut svingninger i økonomien for å sikre god kapasitetsutnyttelse og lav arbeidsledighet.

Det ble samtidig sterkt understreket at hvordan oljeinntektene brukes er av vesentlig betydning for den langsiktige vekstevnen til norsk økonomi. I budsjettoplegget for 2002 legger Regjeringen opp til økt bruk av oljeinntekter dels i form av reduksjon i skatte- og avgiftsnivået og dels utbygging av statlig finansierte velferdsgoder.

1.5 Fornyelse av norsk helsetjeneste

Regjeringen har som en del av programmet for fornyelse av offentlig sektor fått flertall i Stortinget for en statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten og en fornyelse av den sentrale sosial- og helseforvaltningen. Et siktemål for reformene er å legge til rette for den ønskede politiske styringen og sikre en bedre utnyttelse av ressursene slik at flere kan få nytte av tjenestene.

Stortinget har sluttet seg til regjeringens forslag om at staten fra årsskiftet skal overta eieransvaret for spesialisthelsetjenesten i Norge og organisere denne som helseforetak. I henhold til ny lov om helseforetak er det opprettet et regio-

nalt helseforetak med ansvar for sykehus og annen spesialisthelsetjeneste i hver av de fem helseregionene. Hvert av de fem regionale helseforetakene skal i sin helseregion sørge for at befolkningen får tilgang til helsetjenester slik det er beskrevet i spesialisthelsetjenestelovens § 2-1a. Det er lagt til grunn at dagens finansieringsordninger i hovedsak skal videreføres i 2002. Dette innebærer at sektorens andel av fylkeskommunenes frie inntekter og bevilgningene til dagens statssykehus tilføres de regionale helseforetakene, og at de fleste av dagens øremerkede ordninger videreføres i 2002. Vedtatte handlingsplaner vil bli fulgt opp. Den viktigste endringen er at de regionale helseforetakene blir tilskuddsmottaker for de fleste øremerkede tilskudd til spesialisthelsetjenesten.

Regjeringens program for fornyelse av offentlig sektor har vært et sentralt utgangspunkt for arbeidet med fornyelse av den sentrale sosial- og helseforvaltningen. Hovedmålet har vært at en skal stå bedre rustet til å nå de sosial- og helsepolitiske målene og møte fremtidige faglige utfordringer. Andre viktige mål for omorganiseringen er at intern administrasjon og dobbeltarbeid skal reduseres og at forebyggende arbeid, tilsyn med og kvalitetsutvikling av helse- og sosialtjenesten, forskning og bruk av informasjonsteknologi skal styrkes.

1.6 Økonomisk og sosial trygghet gjennom folketrygden

Ved utgangen av 2000 mottok om lag 1,4 millioner mennesker stønader fra folketrygden. Nesten 630 000 av disse var alderspensjonister.

Folketrygden er vår grunnleggende sosialforsikringsordning for hele befolkningen. Alle innbyggere er sikret rett til ytelser i bestemte behovssituasjoner. Folketrygden skal sikre inntekt og kompensere for utgifter ved alderdom, uførhet, sykdom, fødsel, arbeidsledighet og tap av forsørger. Den kombinerer egennytte og fordeling. Det sosiale elementet innebærer at den enkelte til en viss grad «ytter etter evne» og «får etter behov». Forsikringselementet innebærer at den enkelte får pensjonsytelser på et nivå som står i et visst forhold til hva vedkommende har betalt inn, det vil si i forhold til inntekten som yrkesaktiv. Dette skiller folketrygden på en avgjørende måte fra markedsbaserte forsikringsordninger. Den nordiske velferdsmodellens historiske styrke har vært at den har maktet å forene disse to hensynene.

For at befolkningen skal oppfatte velferdspolitikken som rimelig og fornuftig må folketrygden virke godt som et sosialt forsikringssystem. Den må oppleves som en sikkerhet mot potensielt vanskelige økonomiske og sosiale situasjoner som i prinsippet alle kan komme opp i. Nivået på ytelsene må stå i et rimelig forhold til utgiftsbehov, bortfalt inntekt og innbetalte skatter og trygdepremier. Regjeringen vil holde fast ved folketrygden som det bærende elementet i vårt samlede sosiale velferdssystem.

1.7 Gjennomgang av pensjonssystemet – Pensjonskommisjonen

Siden folketrygden ble etablert i 1967 har det skjedd store endringer, både i samfunnet og i det samlede pensjonssystemet. Folk lever lenger og har flere år som pensjonister, kvinnene har gått ut i arbeidslivet og arbeidsmarkedet er i stadig endring. Samtidig har de økonomiske kårene blitt vesentlig bedre. De siste årene er det gjennomført flere store utredninger om ulike pensjonsspørsmål i Norge. Med bakgrunn i dette ble det i forbindelse med Langtidsprogrammet 2002-2005 ned satt en pensjonskommisjon med representanter for partiene på Stortinget og uavhengige eksperter. Kommisjonen skal avklare hovedmål og prinsipper for et samlet pensjonssystem. Gjennom en tverrpolitisk kommisjon søker Regjeringen å sikre bred politisk oppslutning om det framtidige pensjonssystemet.

Regjeringens utgangspunkt for en slik gjennomgang er at framtidens pensjonssystem må

- sikre økonomisk trygghet i alderdommen
- virke omfordelende i favør av personer med lav inntekt over livsløpet
- ivareta hensynet til likestilling mellom kjønnene
- ta hensyn til at familie- og samlivsmønstrene endrer seg
- være mest mulig enkelt, oversiktlig og forutsigbart (den enkelte skal forholdsvis lett kunne beregne hva han eller hun vil få i pensjon)
- være enkelt å administrere
- være forenlig med hensynet til en sunn økonomisk utvikling og ikke medføre urimelig stor skattebyrde for den yrkesaktive delen av befolkningen
- avveie hensynet til at eldre arbeidstakere skal sikres valgfrihet med hensyn til pensjonerings-

tidspunkt, samtidig som rettighetene sikres for arbeidstakere som har behov for å trappe ned eller slutte

Aldringen av befolkningen, som gjør at det i tiårene framover blir stadig færre yrkesaktive for hver alderspensjonist, kombinert med høyere gjennomsnittlige ytelser vil føre til en sterk økning i pensjonsutgiftene utover i dette århundret. Dette reiser betydelige utfordringer både samfunnsøkonomisk og i forhold til offentlig økonomi.

1.8 Samarbeidsavtale med arbeidslivets parter om et mer inkluderende arbeidsliv

Siden høsten 2000 har det vært gjennomført samtaler med hovedorganisasjonene i arbeidslivet for å komme fram til et omforent forslag til en samarbeidsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv. Disse samtalene vil fortsette i tiden fremover.

Målet for en slik mulig samarbeidsavtale må være å styrke arbeidslinjen slik at en får en reduksjon i sykefraværet, redusert tilgang til uføretrygd og bedre bruk av eldre arbeidstakeres ressurser og arbeidskraft.

Aktuelle elementer i en avtale vil være å innføre sterkere insentiver for å stimulere arbeidsgiverne til å holde på og rekruttere arbeidstakere med redusert arbeidsevne bl.a. gjennom en egen samarbeidsavtale mellom den enkelte virksomhet og trygdeetaten. Andre elementer kan bl.a. være økt satsing på bedriftsintern attføring og utvidelse av ordningen med kjøp av helsetjenester.

Ved vurdering av hvilken effekt en eventuell samarbeidsavtale vil kunne ha på utviklingen i sykefraværet i 2002, vil Regjeringen legge til grunn anslag fra Beregningsgruppen for folketrygden. For 2002 er det lite trolig at reduserte kostnader som følge av redusert sykefravær vil kunne overstige økte kostnader som følge av ulike element i en samarbeidsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv. En etablering av nye tiltak gir et betydelig potensial for redusert sykefravær, men det vil være nødvendig å skille effekter på kort og lang sikt. Det er ikke aktuelt å foreslå tiltak som innebærer en innstramming i arbeidstakernes rettigheter i sykelønnsordningen.

2 Nærmere om Sosial- og helsedepartementets budsjettforslag for 2002

2.1 Samlet budsjettforslag fordelt på programområder

Sosial- og helsedepartementets samlede budsjettforslag for 2002 er på om lag 231,7 mrd. kroner (jf. tabell nedenfor). Dette utgjør 40 prosent av statsbudsjettet for 2002, eksklusiv petroleumsvirksomhet, og det svarer til om lag 15,4 pst. av forventet brutto nasjonalprodukt for 2002. Folketrygdens utgifter utgjør en dominerende andel med om lag 75,2 pst. av de samlede utgiftene på Sosial- og helsedepartementets budsjett.

Budsjettforslaget innebærer en vekst på 18,2 pst. sammenliknet med saldert budsjett for 2001 målt i løpende priser, eller ca. 35,7 mrd. kroner. Om lag 26 mrd. kroner av denne økningen skyldes overføring fra fylkeskommunenes frie inntekter i forbindelse med sykehusreformen. Budsjettforslaget er i tillegg påvirket av at det foreslås å overføre drøyt 3,5 mrd. kroner i øremerkede tilskudd fra programområde 09 til rammetilskuddet til kommunene på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett, bl.a. gjelder dette driftstilskudd til gjennomføringen av eldreplanen. I tillegg kommer bl.a. at innføringen av nytt regelverk for rehabiliteringspenger isolert sett vil føre til økte utbetalinger under Sosial- og helsedepartementets budsjett. Når en ser bort fra disse forholdene, innebærer budsjettforslaget en vekst på om lag 13 mrd. kroner regnet i løpende priser.

For å komme fram til et anslag for den underliggende realveksten i budsjettet, må det i tillegg til de mer budsjettekniske forholdene som her er nevnt, korrigeres for virkningen av økt grunnbeløp i folketrygden fra 1. mai 2001 og antatt pris- og lønnsvekst fra 2001 til 2002. Av veksten på 13 mrd. kroner bidrar disse forholdene til sammen med om lag 8 mrd. kroner, hvor av økningen i grunnbeløpet i folketrygden fra 1. mai 2001 alene forklarer drøyt 5 mrd. kroner. Budsjettframlegget innebærer dermed en underliggende realvekst på om lag 5 mrd. kroner fra saldert budsjett 2001 til 2002. Denne realveksten fordeler seg på viktige satsingsområder slik det framgår av tabellen under pkt. 2.1.1 nedenfor. I tillegg kommer en betydelig realvekst i folketrygden med om lag 2 1/2 mrd. kroner i forhold til saldert budsjett 2001 (medregnet innsparingstiltak). Utbetalinger til rehabiliteringspenger og legemidler står for en stor del av denne økningen.

Det understrekes at tallene for realvekst er regnet i forhold til saldert budsjett for 2001. Etter saldert budsjett er anslagene for folketrygdens utgifter endret samtidig som det er vedtatt endringer i bevilgninger bl.a. i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett. Regnet i forhold til anslag på regnskap for 2001 representerer budsjettforslaget derfor en annen realvekst enn det opplistingen ovenfor viser. Dette er hovedårsaken til forskjellen mellom tallene for realvekst i denne proposisjonen og i Gul bok/St.meld. nr. 1 (2001-2002) Nasjonalbudsjettet 2002.

			mill. kr
Betegnelse	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
Programområde 09 Sosiale formål			
09.00 Administrasjon	261,7	189,5	-27,6
09.10 Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmisbruk m.v.	353,1	342,2	-3,1
09.60 Kontantytelser	1 685,0	1 729,6	2,6
09.70 Eldre og funksjonshemmede	4 976,5	1 525,4	-69,3
Sum Sosiale formål	7 276,3	3 786,7	-48,0
Programområde 10 Helsevern			
10.00 Sosial- og helseforvaltning m.m.	610,2	1 334,9	118,8

mill. kr

Betegnelse	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
10.10 Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering	738,8	311,8	-57,8
10.30 Spesialisttjenester	21 040,0	49 117,2	133,4
10.40 Psykisk helse	2 127,8	2 661,0	25,1
10.50 Legemidler	178,1	189,0	6,1
10.90 Helse- og sosialberedskap	12,0	12,3	2,5
Sum Helsevern	24 706,9	53 626,2	117,0
Programområde 29 Sosiale formål			
29.10 Administrasjon	4 090,1	4 336,4	6,0
29.50 Stønad under sykdom	25 362,0	25 562,0	0,8
29.60 Uførhet og medisinsk rehabilitering m.m.	43 986,3	47 716,6	8,5
29.70 Alderdom	66 606,0	69 890,0	4,9
29.80 Forsørgertap og eneomsorg for barn m.v.	6 845,8	7 247,1	5,9
29.90 Diverse utgifter	0,0	,0	
Sum Sosiale formål, folketrygden	146 890,2	154 752,1	5,4
Programområde 30 Helsevern			
30.10 Diverse tiltak i fylkeshelsetjenesten m.v.	2 625,9	2 797,7	6,5
30.50 Legehjelp, medisin m.v.	14 036,0	16 189,5	15,3
30.90 Andre helsetiltak	431,0	541,5	25,6
Sum Helsevern, folketrygden	17 092,9	19 528,7	14,3
Sum Sosial- og helsedepartementet	195 966,3	231 693,6	18,2

2.1.1 Satsingsområder

Økte bevilgninger i faste priser fra saldert budsjett 2001 til viktige satsinger innenfor Sosial- og helsedepartementets ansvarsområde.¹⁾

Eldreplanen ²⁾	490 mill. kroner
Handlingsplan for økonomisk og sosial trygghet	130 mill. kroner
Økt fribeløp før avkorting av pensjon for alderspensjonister	60 mill. kroner
Sykehusbehandling	1 500 mill. kroner
Opptappingsplan psykisk helse 1999-2006	520 mill. kroner
Gjennomføring av nye særreaksjonsbestemmelser	45 mill. kroner
Nasjonal kreftplan 1999-2003	20 mill. kroner

Utvidet skjerming mot høye egenandeler:

– Fritak for egenandel for legemidler og sykepleieartikler på blå resept for eldre over 67 år og uførepensjonister fra 1. oktober 2002	100 mill. kroner
– Trygdefinansieringsordning for pasienter med periodontitt (fra 1. juli 2002)	25 mill. kroner
– Utvidet dekning av utgifter til kjeveortopedi og støtte til protetisk tannbehandling etter organtransplantasjon	10 mill. kroner
– Redusert betaling for opphold i opptreningsinstitusjon fra 190 til 150 kr per døgn	30 mill. kroner
– Utvidelse av ordningen med gratis fysioterapi for personer med kroniske sykdommer	25 mill. kroner
– Forbedring i bidragsordningen – økning av satsen for bidrag til legemidler på hvit resept og tannbehandling	50 mill. kroner
Handlingsplan mot rusmiddelproblemer	30 mill. kroner
Bedre refusjonsbetingelser for legemiddelet Singulair (astmamedisin)	20 mill. kroner
Forskning innenfor medisin og helse	15 mill. kroner
Tiltaksplan for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren	25 mill. kroner

¹⁾ I forbindelse med forsøk med ramrefinansiering i kommunene blir det overført beløp under flere av tilskuddene under Sosial- og helsedepartementet til Kommunal- og regionaldepartementet, herunder planen for psykisk helse. Det vises for øvrig til punkt 2.3 for en nærmere gjennomgang av det samlede økonomiske opplegget for kommunesektoren.

²⁾ Beløpet gjelder økte bevilgninger til investeringer i sykehjem og omsorgsboliger på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett fra saldert budsjett 2001 til forslag 2002. Driftsmidler til gjennomføring av eldreplanen foreslås innlemmet i kommunenes frie inntekter f.o.m. 2002.

Handlingsplan for eldreomsorg

Regjeringen legger opp til fortsatt utbygging av eldreomsorgen og foreslår å utvide investeringsrammen for 2002 med 4 000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger før handlingsplanen avsluttes. Dermed er det lagt til rette for bygging av 33 400 sykehjemsplasser og omsorgsboliger i perioden 1998 til 2002. Utvidelsen er nødvendig for å nå handlingsplanens målsetting om enerom, utskifting av uegnet bygningsmasse og tilstrekkelig kapasitet til heldøgns omsorg og pleie. Dette gir rom for at det kan gis tilsagn om bygging av 10 200 nye boenheter i 2002, hvorav inntil 2 000 enheter kan disponeres allerede i 2001. Bevilgningene til sykehjem og omsorgsboliger øker med knapt 500 mill. kroner fra saldert budsjett 2001 til forslaget for 2002. Utvidelsen med 4 000 enheter vil bli gitt som tilsagn i 2002, og vil komme til utbetaling fra og med 2003. Etter at handlingsplanperioden er avsluttet, etableres det en tilskuddsordning til sykehjemsplasser og omsorgsboliger etter modell av tilskuddsordningen før handlingsplanen trådte i kraft.

Det legges videre opp til om lag 1 000 flere årsverk i pleie- og omsorgssektoren i 2002 knyttet til gjennomføringen av eldreplanen. Kommunene forutsettes å finansiere denne økningen innenfor rammen for frie inntekter.

Handlingsplan for sosial og økonomisk trygghet: En politikk for rettferdig fordeling og utjevning av levekår

Regjeringen har i forbindelse med Langtidsprogrammet 2002-2005 lagt fram en handlingsplan for sosial og økonomisk trygghet. Målet med handlingsplanen er økt utjevning og bedring av levekårene for de vanskeligst stilte. Hovedelementene i Regjeringens strategi for å oppnå dette er et inkluderende arbeidsliv for alle, en solidarisk boligpolitikk, målrettede forbedringer av de offentlige helse- og sosialtjenestene samt målrettede forbedringer i ytelsene til dem som ikke kan delta fullt ut i inntektsgivende arbeid.

Som ledd i handlingsplanen foreslår Regjeringen følgende nye tiltak med til sammen 130 mill. kroner i budsjettet for 2002:

Folketrygden:

- Økning av barnetillegget i folketrygden for uførepensjonister og alderspensjonister (fra 1. mai 2002).
- Enslige forsørgere med funksjonshemmede barn får samtidig rett til stønad til barnetilsyn og forhøyet hjelpestønad.
- Ny stønadsordning for unge som blir alvorlig syke under utdanning, og som ikke har opparbeidet rett til sykepengene.
- Mindre avkortning av pensjon for psykiatriske langtidspasienter i institusjon (fra 1. mai 2002).
- Adgang til folketrygdens etterlattefordeler for fraskilte som har vært forsørget av ektefelle, også fem år etter skilsmissen (fra 1. mai 2002).

Øvrig tiltak mot fattigdom og levekårsproblemer

- Felles rådgivnings- og oppfølgingstjeneste i 8-10 kommuner overfor personer med svak eller manglende tilknytning til arbeidslivet.

Boligtiltak

- Forbedring av bostøtte for de som bor i de største byene, ved at bostøttestaket i ordningen økes med kr 5000 for alle husstander i de fire største byene.
- Opptrapping av prosjekt bostedsløse.
- Styrking av frivillige organisasjoners arbeid med bostedsløse.

Økonomisk sosialhjelp

På bakgrunn av Utjamningsmeldinga, jf. St.meld. nr. 50 (1998-99), ga Sosial- og helsedepartementet i februar 2001 statlige veiledende retningslinjer for utmåling av stønad til livsopphold. Bakgrunnen er til dels betydelige variasjoner i sosialhjelpstelsene mellom og innad i kommuner. Formålet med retningslinjene er å bidra til en mer ensartet praksis ved utmåling av økonomisk stønad i kommunene og større likhet i utmålt stønad der hjelpebehovene er like. Siden de nye retningslinjene ble vedtatt har et klart flertall av de kommunene som har endret sosialhjelpssatser økt sine satser. Regjeringen vil i 2002 oppjustere satsene og foreta en gjennomgang av systemet med de veiledende retningslinjene. Regjeringen legger til grunn at sosialhjelpssatsene skal prisjusteres årlig.

Stimulering til økt yrkesdeltakelse for alderspensjonister mellom 67 og 70 år – økt fribeløp før avkortning av pensjon fra 1 til 2 G

Deltaking i arbeidslivet for de eldste aldersgruppene har falt betydelig de siste par tiårene. Det er imidlertid på det rene at eldre arbeidstakere utgjør en betydelig ressurs i arbeidslivet. Etter Regjeringens oppfatning er det derfor viktig å stimulere til økt yrkesdeltaking nettopp blant disse aldersgruppene. I Langtidsprogrammet 2002-2005 ga Regjeringen uttrykk for at regelverket for kombinasjon av arbeid og trygd for personer mellom 67 og 70 år må utformes slik at flere velger å arbeide, men overlot spørsmålet til Pensjonskommisjonen. I samsvar med et stortingsvedtak av 1. juni 2001 foreslår Regjeringen nå å øke grensen for arbeidsinntekt som alderspensjonister mellom 67 og 70 år kan ha uten at pensjonen avkortes fra en til to ganger folketrygdens grunnbeløp. Det foreslås at endringen trer i kraft 1. januar 2002. Merutgiftene anslås til om lag 60 mill. kroner på årsbasis.

Mer til sykehusbehandling

Det foreslås reelt 1,5 mrd. kroner mer til sykehusbehandling i forhold til saldert budsjett for 2001. De regionale helseforetakene gis med dette et finansielt grunnlag for å videreføre og øke aktivitetsnivået fra 2001. Budsjettforslaget gir rom for en vekst på 1 ½ pst. i sykehusbehandling finansiert gjennom ISF-ordningen og 3 pst. vekst i poliklinisk aktivitet. Videre er det budsjettert med at pasientene i gjennomsnitt vil være om lag 1 pst. mer ressurskrevende å behandle i 2002 sammenliknet med 2001 (økt DRG-indeks). Over årene 2001 og 2002 legges det til rette for å øke kapasiteten innenlands med om lag 4 pst. I tillegg kommer økt omfang på behandling i utlandet, som etter regjeringens forslag innebærer en kapasitetstilvekst fordelt over årene 2001 og 2002 svarende til ca. 2 ½ pst. av samlet innenlandsbehandling i løpet av ett år. Det vises til nærmere omtale av bevilgningsforslag for behandling i utlandet under kap. 2790 post 72 (Folketrygden).

I forbindelse med Stortingets behandling av kommuneproposisjonen for 2002 ble det vedtatt å trekke ut om lag 800 mill. kroner mindre fra fylkeskommunene enn det spesialisthelsetjenesten antas å koste i 2001. Det foreslås avsatt 800 mill. kroner til inndekning av dette beløpet for de regionale helseforetakene. Det knytter seg usikkerhet til hva som er det faktiske kostnadsnivået for spesialisthelsetjenesten ved inngangen til 2002.

Det foreslås, innenfor et provenynøytralt opplegg, å avvikle ordningen med det såkalte kryptaket. Dette vil innebære noe svekket kostnadskontroll, men samtidig reduseres faren for økonomisk motiverte prioriteringer av pasienter. Avviklingen av kryptaket bidrar til å forenkle og øke forutsigbarheten i ISF-ordningen.

I tillegg fremmes det forslag om 140 mill. kroner for 2002 til dekning av oppstartingskostnader knyttet til gjennomføring av sykehusreformen.

Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006

Stortinget sluttet seg i juni 1998 til en forpliktende opptrappingsplan over 8 år for styrking av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser og det forebyggende arbeidet på dette området. Planen innebærer at det skal investeres for om lag 6,3 mrd. kroner i løpet av planperioden, og at driftsutgiftene gradvis økes til et nivå som ligger reelt 4,6 mrd. kroner over utgiftsnivået i 1998. Regjeringen ser det som viktig at feltet psykisk helse fortsatt gis høy prioritet. Dette gjelder ikke minst tiltak for barn og unge. Regjeringen følger derfor opp satsingen på psykisk helse ved at det i budsjettforslaget for 2002 foreslås bevilget reelt 520 mill. kroner mer til opptrappingsplan for psykisk helse sammenliknet med saldert budsjett for 2001.

Økningen er fordelt med 354 mill. kroner til økte driftsutgifter i kommunale tjenester og i spesialisthelsetjenesten, 31 mill. kroner til økte statlige driftsutgifter inkludert arbeidsmarkedstiltak og brukervedvirkningstiltak, og 135 mill. kroner til investeringsutgifter. I tillegg er det foreslått en tilsagnsfullmakt på 220 mill. kroner til investeringer i spesialisthelsetjenesten til prosjekter som skal ferdigstilles i 2003 og 2004.

Nye særreaksjonsbestemmelser og fagenhet for særreaksjonsdømte

Nye lovbestemmelser om strafferettslige særreaksjoner trer i kraft fra 1. januar 2002. Særreaksjonen tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbyggere innebærer at det skal etableres en fagenhet for tvungen omsorg. Fagenheten skal være en faglig og sikkerhetsmessig forsvarlig enhet til å gjennomføre idømt særreaksjon overfor utilregnelige psykisk utviklingshemmede.

Etter dagens tilskuddsordning for sikringsdømte psykisk utviklingshemmede er det den enkelte kommune i samråd med Kriminalomsorg i frihet som bestemmer hvilke tiltak som er nødvendige. Ordningen skal utvides til også å dekke

kommunenes utgifter i forbindelse med prøveløslatelse fra forvaring, varetektsurrogat, samt videreføring av tiltak for psykisk utviklingshemmede med sikringsdom.

Det foreslås avsatt 45 mill. kroner til gjennomføring av de nye særreaksjonsbestemmelsene. Samlet foreslås det avsatt 117,5 mill. kroner til formålet.

Nasjonal kreftplan 1999 – 2003

Målene i nasjonal kreftplan er å redusere antall nye tilfeller av kreft, øke mulighetene for helbredelse ved tidlig diagnose og øke kapasiteten for behandling, herunder lindrende behandling. I planperioden skal bl.a. mammografiscreening utvides til en landsdekkende ordning for kvinner mellom 50 og 69 år. Kapasiteten for strålebehandling skal økes ved å bygge ut til 36 strålemaskiner i landet. Kompetansesentra for lindrende behandling skal etableres ved alle landets regionsykehus. Innsatsen mot tobakk og tiltak for bedre kosthold og mosjon skal styrkes for å redusere økningen i antall tilfeller av kreft på sikt. Det skal gjøres tiltak for å sikre tilgangen på helsepersonell til kreftbehandling. I budsjettforslaget er det avsatt 362 mill. kroner til gjennomføring av kreftplanen, som innebærer en reell økning med 20 mill. kroner fra 2001.

Utvidet skjerming mot høye egenandeler

Det foreslås avsatt 240 mill. kroner mer til skjermingstiltak i 2002, med en helårsvirkning på 565 mill. kroner. Med dette videreføres og styrkes innsatsen betraktelig i forhold til inneværende års budsjett. Det er Regjeringens syn at en med dette langt på vei har oppnådd det som var intensjonen med et såkalt «tak 2», uten de problemer som det er redegjort for i St.prp. nr. 1 (2000-2001). Regjeringen vil følge utviklingen nøye og bl.a. med bakgrunn i nye brukerundersøkelser arbeide videre med ytterligere forbedring i skjermingstiltakene.

Eldre over 67 år og uførepensjonister foreslås fritatt for egenandel for legemidler og sykepleieartikler på blå resept fra 1. oktober 2002. Netto merutgifter anslås til 400 mill. kroner på årsbasis og 100 mill. kroner i 2002. Endringen omfatter ca. 900 000 personer, som i gjennomsnitt vil få en innsparing på ca. 450 kroner per år.

Mange funksjonshemmede og kronisk syke har betydelige merutgifter til helsetjenester som ikke omfattes av ordningen med egenandelstak og frikort. Regjeringen påbegynte i 2001 et arbeid med utvidet skjerming for slike utgifter for stor-

brukere. I budsjettforslaget for 2002 videreføres dette med forslag til tiltak med en samlet utgiftsramme på ca. 140 mill. kroner. Tiltakene omfatter:

- utvidelse av trygderefusjon for behandling av periodontitt fra 1. juli 2002, med utgifter på 50 mill. kroner på årsbasis og 25 mill. kroner i 2002,
- utvidet dekning av utgifter til kjeveortopedi (tannreguleringer) for familier med flere barn med behov for slik behandling (søskenmoderasjon), med utgifter på 8 mill. kroner,
- støtte til protetisk tannbehandling etter organtransplantasjon, med utgifter på 2 mill. kroner,
- ytterligere reduksjon i egenbetalingen for opphold i opptreningsinstitusjon fra 190 til 150 kroner per døgn, med merutgifter for trygden på knapt 30 mill. kroner,
- ytterligere utvidelse av ordningen med gratis fysioterapi for personer med kroniske sykdommer, med merutgifter på 25 mill. kroner,
- økning av satsen for bidrag til legemidler på hvit resept og tannbehandling fra 67 til 90 pst. av utgifter ut over 1 200 kroner, med en antatt merutgift på 50 mill. kroner.

Utslagene for enkeltpersoner av de foreslåtte endringene kan variere. Reduksjonen i egenandelen for opptreningsopphold innebærer en innsparing på 840 kroner for et tre ukers opphold og 1 120 kroner for et fire ukers opphold. En person som får bidrag til dekning av utgifter på eksempelvis 16 000 kroner til tannbehandling eller legemidler på hvit resept, vil få redusert sin egenbetaling fra 6 200 til 2 700 kroner, dvs. med 3 500 kroner.

Handlingsplan mot rusmiddelproblemer

Hovedmålet for Regjeringens rusmiddelpolitikk er å redusere de negative konsekvensene av bruk av rusmidler.

Regjeringen vil satse på forebygging, behandling og omsorg, og tiltakene skal bygge på kunnskap om hva som faktisk virker. Sosialministeren har derfor oppnevnt en forskerkommisjon som skal oppsummere eksisterende kunnskap på rusmiddelområdet, se på behovet for ytterligere forskning og peke på rusmiddelpolitiske dilemmaer og valgmuligheter i årene som kommer.

Regjeringen legger fram en handlingsplan mot rusmiddelproblemer. Planen vektlegger både arbeidet for redusert bruk av rusmidler, behandling av og omsorg for rusmiddelmisbrukere, kunnskapsproduksjon og kompetanseutvikling, samt strategier og tiltak i det nordiske og internasjonale samarbeidet. Planen legger også vekt på

samordning av innsatsen innenfor de forskjellige sektorene på statlig og kommunalt plan og samarbeidet mellom offentlig og frivillig sektor. Bl.a. vil Regjeringen styrke samarbeidet med Norges Idrettsforbund om forebyggende arbeid. Regjeringen vil støtte opp under og styrke innsatsen lokalt. Tiltakene i handlingsplanen er i hovedsak kjennetegnet ved at de har som direkte eller indirekte mål å styrke og støtte opp under lokale aktørers innsats. Som ledd i Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer foreslås avsatt 30 millioner kroner i økt bevilgning i 2002. Midlene skal nyttes til styrking av både det forebyggende arbeidet og innsatsen for å hjelpe og behandle rusmiddelmisbrukere.

Legemidler

Det foreslås at allmennleger skal kunne foreskrive legemiddelet Singulair (astmamedisin) etter § 9 i blåreseptforskriften. Behandling med Singulair til barn skal være instituert av spesialist i barne- eller lungesykdom. Hittil har bare spesialister hatt anledning til å foreskrive dette medikamentet etter søknad på individuelt grunnlag etter § 10 a. Det anslås at dette vil medføre merutgifter på 20 mill. kroner i 2002.

Forskning innenfor medisin og helse

I tråd med St.meld. nr. 39 (1998-99) Forskning ved et tidsskille og regjeringens opptrappingsplan for forskningen foreslås forskning på medisin og helse styrket. For 2002 foreslås medisinsk og helsefaglig forskning styrket med 15 mill. kroner over Sosial- og helsedepartementets budsjett. Styrkingen er tiltenkt forskning i regi av regionsykehusene på 10 mill. kroner, og en satsing på aldersforskning i regi av Forskningsrådet på 5 mill. kroner.

I tillegg styrkes forskning på medisin og helse gjennom avkastningen av forskningsfondet som disponeres av Norges forskningsråd, herunder 100 mill. kroner til satsingen på funksjonell genomforskning (FUGE).

Tiltaksplan for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren

Sosial- og helsedepartementet la i januar 2001 frem en ny statlig tiltaksplan for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren for perioden 2001-2003, «Si @!». Planen skal stimulere til økt elektronisk informasjonsutveksling og utvikling av informasjonstjenester som styrker og effektiviserer

serer samarbeid mellom de ulike tjenesteleddene og med brukerne. Planen omhandler statlige tiltak på tvers av både helse-, sosial- og trygdesektoren.

Bevilgningen til planen foreslås økt med 25 mill. kroner i 2002. Hovedutfordringer i 2002 er å videreføre utbyggingen av et nasjonalt helsenett med bredbåndstilknytning til alle sykehusene, samt knytte primærlegetjenesten til nettet. En annen viktig satsing er å legge til rette for elektronisk samhandling med og i pleie- og omsorgstjenesten. Planen innebærer en betydelig satsing på norsk innhold i nettet, bl.a. gjennom utvikling av et tilbud av nasjonale informasjonstjenester på helseområdet.

Gratis p-piller for jenter i aldersgruppen 16-19 år

Det foreslås innført et landsomfattende lavterskeltilbud med prevensjonsveiledning og gratis p-piller for å forebygge uønskede svangerskap og abort blant tenåringsjenter. Tilbudet vil gjelde for jenter i aldersgruppen 16-19 år. Denne gruppen søker i liten grad legetjenesten for prevensjon. Som ledd i satsingen foreslås det at helsesøstre og jordmødre skal få etterutdanning i samlivs- og prevensjonsveiledning og journalføring, og gis varig rett til å foreskrive p-piller.

Utgiftene til å gjøre p-piller gratis for jenter i aldersgruppen 16-19 år anslås til 7 mill. kroner og forutsettes dekket gjennom en tilsvarende innsparring for de regionale helseforetakene og til sykehusbehandling.

Handlingsplanen for funksjonshemmede

Handlingsplanen for funksjonshemmede sluttføres i løpet av 2002 og blir finansiert med midler som er overført som følge av mindreforbruk i 2001. Det er foreslått midler på Sosial- og helsedepartementets og andre departementers budsjettområder for å muliggjøre en styrking og videreføring av tiltak i nåværende og tidligere handlingsplanperioder som er gjort permanente. Tiltakene omfatter bl.a.:

- Styrking av kompetansenettverk for autisme
- Tiltak innen samfunnsplanlegging
- Styrking av tilbudet til personer med sjeldne funksjonshemninger
- Realisering av kompetansesystem for døvblitte og sterkt tunghørtblitte
- Videreføring av arbeidet med lokale handlingsplaner for funksjonshemmede på høyskoler og universitet

- Tiltak overfor familier med funksjonshemmede barn

Nye beregningsregler for attførings- og rehabiliteringspenger

Nye beregningsregler for attførings- og rehabiliteringspenger ble vedtatt av Stortinget i lov 30. juni 2000 nr. 57. Regjeringen foreslår at loven trer i kraft 1. januar 2002. Formålet med de nye reglene er å knytte beregningen av attførings- og rehabiliteringspenger nærmere til bortfalt arbeidsinntekt, og å løsrive ytelsene fra pensjonssystemet. De nye beregningsreglene vil synliggjøre bedre at ytelsene er korttidsytelser og at målet er tilbakevending til arbeidslivet. Videre innebærer de nye reglene en administrativ forenkling for Aetat og trygdeetaten. Det vil bli gitt egne overgangsregler for personer som allerede mottar attførings- eller rehabiliteringspenger. I Ot.prp. nr. 48 (1998-99) ble det lagt opp til at stønadsmottaker med løpende ytelse kunne velge å få beregnet ytelsen etter nytt regelverk dersom det gav høyere ytelse. Det legges nå opp til at mottakere med løpende ytelser ikke skal kunne velge et beregningsgrunnlag som gir en høyere ytelse. De vil dermed etter iverksettelsen få utbetalt det samme som før. Ved utløpet av overgangsperioden, som er fastsatt til 31. desember 2002, vil de ytelser som fortsatt løper bli omregnet etter nye regler.

På sikt vil de nye beregningsreglene ikke gi netto merutgifter i forhold til dagens regelverk, men på grunn av overgangsreglene og en tidsforskyvning i skatteinnbetalingene vil en i 2002 få en netto merutgift (budsjettsvekkelse) på 150 mill. kroner på stats- og trygdebudsjettet under ett. Med de opprinnelige overgangsreglene ville netto merutgift det første året blitt betydelig større.

2.1.2 Tiltak for mer effektiv ressursbruk og andre budsjetttiltak

Nye apotekavanser

Ny apoteklov trådte i kraft 1. mars 2001. Loven gir apotekene anledning til å foreta generisk substitusjon (utlevere generisk likeverdig preparat i stedet for reseptpålydende) såfremt legen ikke aktivt har motsatt seg dette på resepten. Den såkalte gevinstdelingsmodellen i apotekenes avansesystem innebærer at apoteket og kunden deler en oppnådd rabatt fra apotekets leverandør. Dette gir apotekene incentiver til å foreta slike bytter i tilfeller der det generiske alternativet er billigere enn reseptpålydende. Departementet mener at gene-

risk substitusjon har funnet sted i mindre utstrekning enn det er grunnlag for. Departementet anser det som fordelaktig om substitusjonsomfanget øker, slik at konkurransen mellom legemiddelfirmaene blir mer effektiv. Dette vil over tid lede til lavere priser generelt, hvilket gagner publikum.

Den lave substitusjonsgraden viser at det er et utnyttet potensiale i apoteknæringen. Departementet finner derfor grunnlag for å redusere apotekenes maksimalavanser, slik at apotekenes incentiver til å foreta generisk bytte styrkes. Avansejusteringen vil isolert sett gi en innsparing for folketrygden på 21 mill. kroner. Dersom substitusjonsgraden øker, slik som forutsatt, vil ytterligere innsparinger oppstå over tid.

Apotekavgift

I Ot.prp. nr 61 (2000-2001) foreslo departementet å legge om avgiftssystemet fra en progressiv avgift innkrevd på detaljistnivå til en flat avgift innkrevd på grossistnivå. Stortinget ga sin tilslutning til forslaget i Innst. O. nr. 93 (2000-2001). Endringen foreslås iverksatt 1. januar 2002, jf. omtale under kap. 5577. Samtidig utvides avgiftsgrunnlaget til å omfatte alt salg av legemidler. Endringene vil medføre at det blir mindre arbeid forbundet med innkreving av avgiften, samtidig som avgiftssystemet ikke lenger vil være konkurransevridende. I 2002 er statens inntekter anslått til å vokse med 26 mill. kroner.

Mer effektiv formidling av hjelpemidler til bedring av funksjonsevnen

Det er en stor utfordring å effektivisere og rasjonalisere hjelpemiddelforvaltningen. Prosjekt med mer effektiv hjelpemiddelforvaltning utprøver en ordning der det overføres midler fra stønads- til driftsbudsjettet slik at trygdeetaten selv kan utføre tjenester i tilknytning til formidling, gjenbruk og vedlikehold av hjelpemidler. Dette prosjektet har vært utprøvd i 4 fylker, og er i 2001 utvidet med 9 nye fylker. Høsten 1999 evaluerte Statskonsult prosjektet (Rapport 1999:27 Hjelpemiddelsentra - tekniske tjenester og effektivitet). Deres evaluering og Rikstrygdeverkets egne analyser viser at prosjektet er kostnadseffektivt og gir bedre styring med utgifter til varer og tjenester.

Det foreslås å innlemme de siste 6 fylkene i ordningen fra 2002 og at det som en følge av dette overføres ytterligere 116 mill. kroner fra kap. 2663 post 75 til kap. 2600 post 01. Totalt vil prosjektet ha en ramme på 376 mill. kroner i 2002.

Økt gjenanskaffelsestid for biler finansiert av folketrygden

Gjennomsnittsalderen for personbiler i Norge er i underkant av 10 år, og gjennomsnittsalderen for biler som vrakes er 17 år. På bakgrunn av dette foreslås at den ordinære gjenanskaffelsestiden for trygdefinansierte biler økes fra 9 til 10 år. Tiltaket er beregnet å gi en mindreutgift på 60 mill. kroner i 2002. Full effekt av tiltaket vil komme både i 2002 og 2003, og til sammen utgjøre 250 mill. kroner. Den varige effekten av tiltaket vil være betydelig mindre.

Innsparing knyttet til refusjon av legemidler etter individuell søknad

Et legemiddels kostnadseffektivitet avhenger kritisk av at bruken av legemiddelet kanaliseres til de som har ønsket effekt av preparatet. Økt fokus på kostnadseffektivitet vil over tid gi rom for et bedre tilbud til pasientene. Preparater som har blitt vurdert refundert etter blåreseptforskriften § 9 (ordinær blåresept) har de senere år vært underlagt helseøkonomisk vurdering som ledd i beslutningsprosessen. Departementet mener det er uheldig at det gis refusjoner etter blåreseptforskriften §§ 2 og 10a (individuell søknad) til enkelte preparater for betydelige beløp, uten at legemiddelet er undergitt legemiddeløkonomisk vurdering og uten samme mulighet for helsepolitisk prioritering som ved refusjoner etter § 9. Departementet ser behov for et større innslag av medisinske og legemiddelpolitiske vurderinger i spørsmål om refusjoner etter §§ 2 og 10a, og vil derfor gi Legemiddelverket i oppgave å utarbeide forslag til overordnede refusjonskriterier for relevante preparater. Målsettingen er å gi departementet et bedre grunnlag for å foreta helseøkonomiske vurderinger av hvilken adgang det skal være til å yte refusjon etter individuell søknad som ledd i den samlede refusjonspolitikken for legemidler.

Forslaget er anslått å innebære en innsparing på 25 mill. kroner for 2002.

Avvikling av Nasjonalhjelpen, opprettelse av nytt veiledningskontor under Pensjons-trygden for sjømenn.

Nasjonalforeningen er foreslått erstattet av et nytt veiledningskontor i Pensjonstrygden for sjømenn. Omleggingen vil gi en netto mindreutgift på 5,6 mill. kroner.

Refusjonsordning ved kjøp av hoftebeskyttere

Det foreslås innført en refusjonsordning fra trygden ved kjøp av hoftebeskyttere for å forebygge lårhalsbrudd/hoftebrudd. Ordningen vil gjelde for definerte høyrisikopersoner blant hjemmeboende eldre etter rekvisisjon fra lege. Randomiserte kontrollerte forsøk med bruk av hoftebeskyttere for høyrisikopersoner viser en reduksjon i lårhalsbrudd på inntil 40 pst. Merutgiftene for trygden anslås til 19 mill. kroner, mens det forutsettes tilsvarende innsparing for de regionale helseforetakene til sykehusbehandling.

DRG-refusjon for dagkirurgisk behandling hos spesialister med driftsavtale

For å utnytte den samlede personellkapasiteten bedre i tillegg til eventuelle økonomiske gevinster ved at sammenlignbar behandling kan gjøres billigere utenfor sykehus, foreslås det at dagkirurgisk behandling hos spesialister med driftsavtale fra 2002 skal kunne utløse DRG-refusjon. Forslaget vil gi foretakene en reell valgmulighet og fleksibilitet i forhold til hvor behandlingen skjer og øke kapasiteten på områder innen dagkirurgi hvor det uakseptabel lang ventetid.

Isolert sett forutsettes dette å medføre 30 mill. kroner i økte ISF-refusjoner, som finansieres mot en tilsvarende innsparing i foretakenes utgifter med 20 mill. kroner og redusert refusjon til private spesialister med 10 mill. kroner.

Telemedisin

En målsetting i tiltaksplanen for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren, «Si @!», er at det innen utgangen av 2002 skal finnes et tilbud av telemedisinske takster som bidrar til at telemedisin skal tas i bruk der dette er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Departementet ønsker å tilrettelegge for økt bruk av telemedisin i betydningen desentraliserte spesialisthelsetjenester. Med dette menes at en spesialistinstitusjon yter tjenester gjennom bruk av primærhelsetjenesten.

Det foreslås at det fra 1. juli 2002 opprettes telemedisinske takster innenfor fagområdene øre-nese-hals, hud og radiologi. Merutgiftene er beregnet til 6 mill. kroner, men er anslått å gi en tilsvarende reduksjon i utgifter til syketransport.

Egenbetaling

Sosial- og helsedepartementets budsjettforslag innebærer en styrking av det offentlige tjenestetilbudet innenfor helse- og omsorgssektoren. For å skaffe budsjettmessig rom for en slik satsing, har det vært nødvendig å foreta en økning av enkelte egenandeler.

Egenbetalingsopplegget for 2002 innebærer en relativt beskjedent økning i de generelle egenandelene samt utvidet skjerming for utgifter til helsetjenester for funksjonshemmede, mennesker med kronisk sykdom og andre storbrukere.

Egenandelene for legehjelp, psykologhjelp og fysioterapi foreslås økt med 3,5 pst. fra 1. juli 2002. Egenandelen ved reiser i forbindelse med behandling foreslås økt fra 85 til 90 kroner for enkeltreise fra 1. januar 2002. Utgiftstaket for egenandeler foreslås justert fra 1 450 kroner for 2001 til 1 500 kroner for 2002, dvs. med 3,4 pst. I alt er innsparingen for folketrygden anslått til 100 mill. kroner som følge av disse justeringene.

Den gjennomsnittlige egenandelsøkningen er om lag lik anslått lønnsvekt for 2002, dvs. at brukernes utgifter til egenandeler som andel av inntekt er om lag uendret fra 2001 til 2002.

Egenandeler for helsetjenester som betegnes som lavt prioriterte var oppe som tema i St.meld. nr. 26 (1999-2000) «Om verdier for den norske helsetenesta». Under Stortingets behandling av stortingsmeldingen mente et flertall at det burde vurderes å innføre graderte egenandeler for enkelte lavt prioriterte helsetjenester, og at moderat bruk av egenandeler ikke kommer i konflikt med hensynet til en rettferdig fordeling av helsegodene. De to offentlige utvalgene som har vurdert prioriteringer i helsetjenesten («Lønning I» og «Lønning II») har konkludert med at sterilisering og behandling av infertilitet bør være blant de lavest prioriterte helsetjenester. Med bakgrunn i dette foreslås det å:

- Innføre full egenbetaling for sterilisering av menn og 50 pst. egenbetaling for sterilisering av kvinner. Forslaget anslås å gi en innsparing på statsbudsjettet på om lag 20 mill. kroner.
- Innføre full egenbetaling for kunstig befruktning. Dette inkluderer behandlingen ved de offentlige poliklinikkene og hormonpreparatene som i dag dekkes over blåreseptordningen. Innføring av full egenbetaling for kunstig befruktning er anslått å gi en innsparing på statsbudsjettet på i alt 104 mill. kroner.

Utvidelse av egenrisikoperioden for sykepenger til selvstendige m.fl.

Departementet foreslår å utvide perioden for egenrisiko for selvstendig næringsdrivende og enkelte andre grupper med to dager slik at egenrisikoperioden blir like lang som arbeidsgiverperioden for arbeidstakere. Innsparingen for folketrygden er anslått til 32,5 mill. kroner.

3 Det økonomiske opplegget for kommunesektoren i 2002

En gjennomgang av kommunesektorens inntekter og kostnader i 2001 indikerer en reell vekst i samlede inntekter på vel 3 pst. fra 2000 til 2001, eller om lag 6 mrd. kroner. Dette er den klart høyeste veksten siden 1997.

I St.prp. nr. 82 (2001-2002) Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2002 (kommuneproposisjonen) ble det varslet en reell vekst i kommunesektorens inntekter på om lag 1¾ pst. fra 2001 til 2002, tilsvarende omlag 3-3,5 mrd. kroner. Videre ble det varslet en reell vekst i frie inntekter på 1½-1¾ mrd. kroner. Det ble presisert at veksten var regnet fra det nivået på kommunesektorens inntekter i 2001 som var lagt til grunn i Revidert nasjonalbudsjett.

I St.prp. nr. 1 (2001-2002) foreslås en reell økning i samlede inntekter på 2 pst., eller omlag 3½ mrd. kroner, fra 2001 til 2002 regnet i forhold til inntektsnivå i 2001 slik det ble anslått i Kommuneproposisjonen og Revidert nasjonalbudsjett.

Veksten i frie inntekter fordeles med 525 mill. kroner til fylkeskommunene og 1 250 mill. kroner til kommunene. Det er lagt til grunn at kommunene vil kunne finansiere 1000 nye årsverk i pleie- og omsorgssektoren innenfor den foreslåtte rammen for frie inntekter.

4 Noen utviklingstrekk innenfor helse- og sosialsektoren

Mottakere av ytelser fra folketrygden

Ved utgangen av 2000 var det om lag 1,4 millioner mottakere av stønad fra folketrygden. Av disse mottok om lag 1,3 millioner stønad over Sosial- og helsedepartementets del av folketrygdens budsjett. Antallet alderspensjonister har holdt seg tilnærmet konstant de siste fem årene. I 2001 og 2002 ventes en liten nedgang i antall alderpensjonister.

Antallet nye uførepensjonister har økt fra 1993 til 1999, med unntak av en liten nedgang i 1996. I 1999 var nytilgangen på vel 33 500 personer. Det siste året har det vært et brudd med denne trenden. Fra 1999 til 2000 var nytilgangen om lag 29 500 personer. Første halvår 2001 økte antall uførepensjonister med om lag 3 000 personer netto, dvs nytilgangen fraregnet avgangen fra ordningen. Nedgangen i veksten i antall nye uførepensjonister har bl.a. sammenheng med de forslagene som ble vedtatt i Revidert budsjett 2000 om innskjerping av attføringskravet og skjerpet kvalitetssikring i uføresaker. Ved utgangen av år 2000 var antall uførepensjonister vel 279 000 personer. Antall uførepensjonister anslås å komme opp i knapt 293 000 personer i løpet av 2001.

Sykefraværet, inkl. langtidsfraværet, økte sterkt fra 1994 til 2000. Økningen i langtidsfraværet har også medvirket til en økning i antall personer på medisinsk rehabilitering siden 1996. Veksten i langtidsfraværet nå ser ut til å bli betraktelig lavere, men pga. forsinkelseeffekter vil veksten fram til år 2000 også i tiden framover kunne bidra til økning i tilgangen av nye uførepensjonister. Den demografiske utviklingen, med stadig flere personer i 50- og 60-årene, tilsier også her isolert sett en viss økning.

Antall enslige forsørgere som mottar overgangsstønad har gått ned siden 1995. Som følge av at overgangsperioden for stønadsreformen fra 1998 utløp ved utgangen av 2000, forventes en sterk reduksjon i antall stønadsmottakere i 2001. En nedgang i tallet på enslige forsørgere med stønad til barnetilsyn må sees i sammenheng med at det er blitt innført inntektsbegrensning og krav om dokumentasjon for disse stønadsmottakerne. Det har vært en markert nedgang i antall gjenlevende ektefeller og familiepleiere med ytelser fra folketrygden på hele nittitallet.

Alkohol og narkotika

Alkoholforbruket i Norge er lavt sammenlignet med de fleste andre europeiske land. Det rusmid-delpolitiske klimaet er imidlertid i endring. Det er økt fokus på grensehandel, smugling og hjemmebrenning. Undersøkelser peker på at folk har fått et mer liberalt syn på alkohol. Samtidig har det vært en tydelig liberalisering i ungdommens syn på narkotikabruk og narkotikalovgivning.

Parallelt med dette skjer det en urovekkende endring av rusvanene. I løpet av de siste ti årene har unge norske jenter fordoblet sitt alkoholforbruk, og i fjor drakk norske ungdommer i snitt

over to liter ren alkohol mer enn de gjorde for bare fire år siden. De siste salgstallene for alkohol viser at vi må tilbake til 1980 for å finne tilsvarende høye tall. Få land som det er naturlig å sammenligne oss med opplever en tilsvarende dramatisk utvikling.

På 80- tallet så det ut til at andelen unge som hadde brukt narkotiske stoffer var relativt stabil, men siden midten av 1990- tallet har andelen vist en klart økende tendens. Økt internasjonalisering, ulovlig produksjon og handel med narkotika har også ført til økt tilgang på narkotiske stoffer. Det er fremdeles Oslo som har det største forbruket blant ungdom, men det har vært en markant negativ utvikling i landet forøvrig. For 2001 ser utviklingen imidlertid ut til å ha flatet ut.

Økonomisk sosialhjelp

Bruken av økonomisk sosialhjelp økte sterkt på 1980- og første del av 1990-tallet, men gikk i siste del av 1990-tallet ned. Antall sosialhjelpsmottakere var høyest i 1994 med om lag 166 500 registrerte mottakere, men hadde deretter en årlig nedgang til 126 200 mottakere i 1999. Foreløpige tall tyder på at det har vært en svak økning i antall personer som mottar økonomisk sosialhjelp fra 1999 til 2000. Utgiftene til økonomisk sosialhjelp var høyest i 1995 med i underkant av 4,5 mrd. kroner, men hadde deretter en nedgang fram til 1998 til drøyt 3,8 mrd. kroner. I 1999 og 2000 har det vært en økning i samlede utbetalinger til anslagsvis 4,080 mrd. kroner i utbetalt sosialhjelp i 2000 (foreløpig tall). Dette antas å ha sammenheng med at den relative andelen av langtidsbrukere, som gjennomgående har et omfattende hjelpebehov, holder seg på et høyt nivå, samt økningen i antall mottakere fra 1999 til 2000.

Omsorg for eldre og funksjonshemmede

7700 nye omsorgsboliger er bygd i perioden 1997-2000, og sykehjemstilbudet har økt med 1800 plasser. Reduksjonen i tallet på aldershjemsplasser erstattes med økningen i omsorgsboligtilbudet. Andelen enerom i institusjonene øker og ligger nå på 86 pst.

Fra 1997 til 2000 har antall årsverk i pleie- og omsorgstjenesten økt med i underkant av 10 000. Økningen er godt i samsvar med måltallene i Handlingsplanen for eldreomsorgen. Fra 1992 til 2000 har antall årsverk pr. bruker økt bl.a. pga. stadig flere yngre brukere med omfattende behov for bistand.

Det er en økning på 2 100 til 159 500 mottakere av hjemmetjenester i fra 1999 til 2000. Økningen er i aldersgruppene 0-66 år og 80 år og over. Antall mottakere av støttekontakt er ca. 20 000 i 2000. 7 900 familier mottok avlastning, de fleste med funksjonshemmede barn under 18 år.

Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering

Det har i de senere årene vært en aktivitetsøkning i kommunehelsetjenesten målt i antall utførte årsverk. Både for fysioterapeuter, jordmødre og helsesøstre har det vært vekst i årsverk og dekningsgrad fra 1999 til 2000. Til sammenlikning har legeårsverkene holdt seg tilnærmet konstant.

I kommunehelsetjenesten utenom eldreomsorgen var det samlet utført 3532 årsverk av leger i 2000. Dette er tilnærmet det samme som i 1999. De siste årene har vist en utvikling i retning av flere avtalehemler for privat praksis og færre fastlønnsstillinger. Fra 1999 til 2000 økte imidlertid antall årsverk av leger med fast lønn. Dette har trolig sammenheng med endringer i markedet for leger i forbindelse med fastlegeordningen.

Fastlegeordningen ble innført 1. juni i år for styrke befolkningens rett til allmennlegetjenesten. Den offentlige primærhelsetjenesten har gjennom fastlegereformen blitt tilført flere leger som har fått et klarere ansvar for innbyggerene på sin liste. Mange kommuner som har vært uten lege opplever nå stor søkning til ledige stillinger. Ledige fastlegehemler er redusert fra 358 i desember 2000 til 192 i september 2001. På sikt vil dette løftet gi landet et bedre helsevesen ved at fastlegen i samarbeid med andre har fått et klart ansvar med å koordinere pasientens behov for tjenester.

I 2000 utførte leger arbeid tilsvarende 229 årsverk i institusjoner for eldre og funksjonshemmede. Dette utgjør om lag 6 prosent av legenes totale arbeidsinnsats i kommunehelsetjenesten. Antall utførte årsverk av fysioterapeuter var 3620 i 2000, en vekst på 200 årsverk sammenliknet med 1999. Dersom årsverk i eldreomsorgen tas med, er det 130 flere fysioterapiårsverk i 2000 enn i 1999.

Sykdommer og lidelser i muskel- og skjelettsystemet er fortsatt de helseproblemer som angår flest mennesker, og den hyppigste årsaken til sykefravær og uføretrygding. Om lag 20 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder rapporterer slike plager. To av tre sykedager dekket av trygden skyldes muskel og skjelettsykdommer og psykiske lidelser, over halvparten skyldes muskel-

og skjelettlidelser alene. En av tre nye uføretrygdede har muskel- og skjelettlidelser som diagnose.

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

I 2000 røykte 32 pst. av den norske befolkningen mellom 16 og 74 år daglig. Dette er den laveste andel dagligrøykere som er målt i Norge siden de årlige målingene ble startet opp i 1973. I tillegg kommer 11 pst. av og til røykere. 38 pst. av alle dagligrøykere sier at de vurderer å slutte å røyke i løpet av et halvt år.

Ca. 10 pst. av den norske befolkningen må årlig ha medisinsk behandling for skader etter ulykker, dvs. 450 000 ulykkesskader herunder ca 16 000 skader etter vold. Om lag 60.000 av disse skadene krever sykehusinnleggelse. – Av landets sykehussenger er til enhver tid ca. 10 pst. opptatt av pasienter med en skadediagnose. Det er særlig barn og unge og eldre som rammes, og det er sosiale forskjeller i forekomst av ulykkes- og voldsskader. Norge er på verdenstoppen når det gjelder insidens av lårhalsbrudd. Tall fra 1999 viser 13 lårhalsbrudd per 1000 personer over 65 år. Antall lårhalsbrudd i Norge er økende.

Rehabiliteringsarbeidet har vært i utvikling side St.meld. nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring – mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk, ble

lagt fram. Spesielt er det lagt vekt på kompetanseøkning og styrking av det tverrfaglige samarbeidet på feltet, hvor fokus rettes mot rehabilitering som en helhetlig og sammenhengende prosess. Brukerperspektivet er styrket ved at alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har fått rett til å få utarbeidet en individuell plan. Kommunenes rolle som sentral aktør og koordinator for rehabiliteringsarbeidet er tydeliggjort gjennom forskrift om habilitering og rehabilitering.

Det har skjedd en styrking av rehabiliteringstilbudet innenfor spesialisthelsetjenesten. Også i kommunene synes oppmerksomheten om behovet for rehabilitering å ha økt. Det synes likevel å være manglende ressurser innenfor rehabiliteringsfeltet til å kunne yte et tilstrekkelig godt tilbud til alle som trenger rehabilitering.

Somatiske sykehustjenester

Aktivitet

Tabellen nedenfor viser en vekst i både behandlingsaktivitet og ressursbruk i somatiske sykehus siden 1996 (kfr. også St. prp. nr. 47 1999-2000). SAMDATA-sykehus viser en økning i det totale antall sykehusopphold. Veksten kommer i form av økt dagbehandling. Antall heldøgnsopphold reduseres noe fra 1999 til 2000. Om lag 65 pst. av oppholdene er heldøgnsopphold og denne andelen er avtakende. Antall dagopphold øker, og fra 1999 til 2000 var denne veksten på 7,6 pst.

Antall heldøgnsopphold og polikliniske konsultasjoner i somatiske sykehus i perioden 1996-2000

	1996	1997	1998	1999	2000
Heldøgnsopphold	653 466	665 795	685 711	701 993	694 116
Polikliniske konsultasjoner	3 160 892	3 171 746	3 314 310	3 443 473	3 587 464

SAMDATA-tallene gir best grunnlag for å vise hovedtendensen i aktivitetsutviklingen over tid, og omfatter også aktivitet som finansieres gjennom andre ordninger enn Innsatsstyrt finansiering (ISF). Utviklingen innen den ISF-finansierte delen av sykehusenes aktivitet viser samme tendens med økt totalt behandlingsvolum og en liten nedgang i antall heldøgnsinnleggelser, selv om datagrunnlaget er et annet (jf. omtale under kap. 730 post 70).

Ressursbruk

Det har i siste halvdel av 1990-årene vært en realvekst i fylkeskommunale lønnsutgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste fra 1996 til 2000 på om lag 21 pst. Realveksten i lønnsutgiftene fra 1999 til 2000 er svakere enn den har vært noen annen gang i perioden, med en gjennomsnittlig realvekst på under 2 pst. Lønnsveksten økte sterkest fra 1996 til 1997 med realvekst på om lag 7 pst, noe som bl.a. skyldes legeoppgjøret i 1996.

Antall senger reduseres noe, bl.a. på grunn av den ønskede omleggingen til dagkirurgi.

Antall årsverk øker. For helsepersonell er tendensen som tidligere at veksten kommer blant leger og sykepleiere, mens antall hjelpepleiere

reduseres. Veksten i administrativt personell er økende, og dette er i tråd med ønsket om å avlaste helsepersonellet i deres administrative funksjoner.

Brutto driftsutgifter og antall sengeplasser 1996-2000

	1996	1997	1998	1999	2000
Brutto driftsutgifter somatiske sykehus ¹⁾	25 301	27 077	29 178	29 968	32 011
Effektive senger ²⁾	13 788	13 840	13 755	13 521	13 092

¹⁾ I tusen, 1999 kr

²⁾ Effektive senger er definert som gjennomsnittet av antall tilgjengelige senger i løpet av året. Dette er en beregnet størrelse med utgangspunkt i oppgaver fra institusjonsdata over sykehusene sine tilgjengelige sengedøgn dividert på antall dager i året.

Kilde: SSB og Sintef Unimed SAMDATA

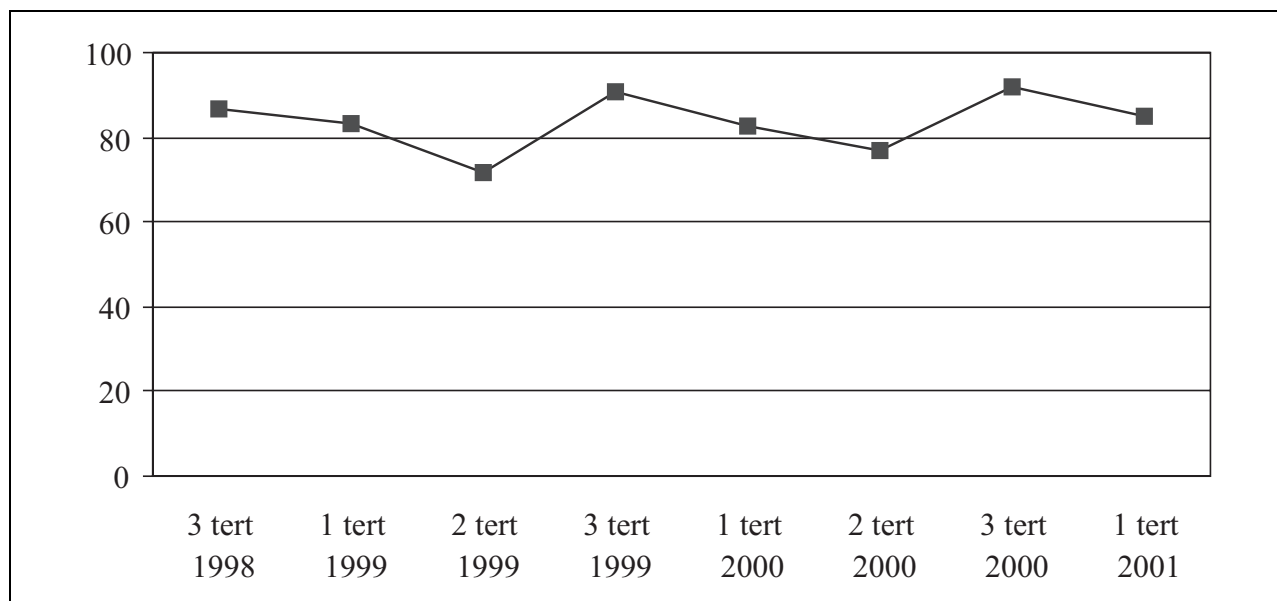
Ventelister

Over halvparten av alle pasienter, og nesten 70 pst. av de innlagte pasientene, behandles som øyeblikkelig hjelp og føres dermed ikke på venteliste. De øvrige pasienter føres på venteliste. Antall pasienter på venteliste sier lite om kapasitetsproblemene i sykehussektoren, men alt for mange ventelistepasienter opplever at ventetiden som alt for lang. Figurene nedenfor viser utvikling i ventetider og antall ventende (tallene gjelder både somatiske og psykiatriske pasienter). Dette skjer til tross for at stadig flere pasienter mottar behandling. Ved årsskiftet var det registrert om lag 280 000 pasienter på venteliste. Det er en reduksjon på om lag 7 pst. i forhold forrige årsskifte. Ved siste rapportering (30. april 2001) var det registrert i alt om lag 265 000 pasienter på venteliste. I perioden 1998 til 2001 har over 40 000 ventelistepasienter stått mer enn ett år på venteliste.

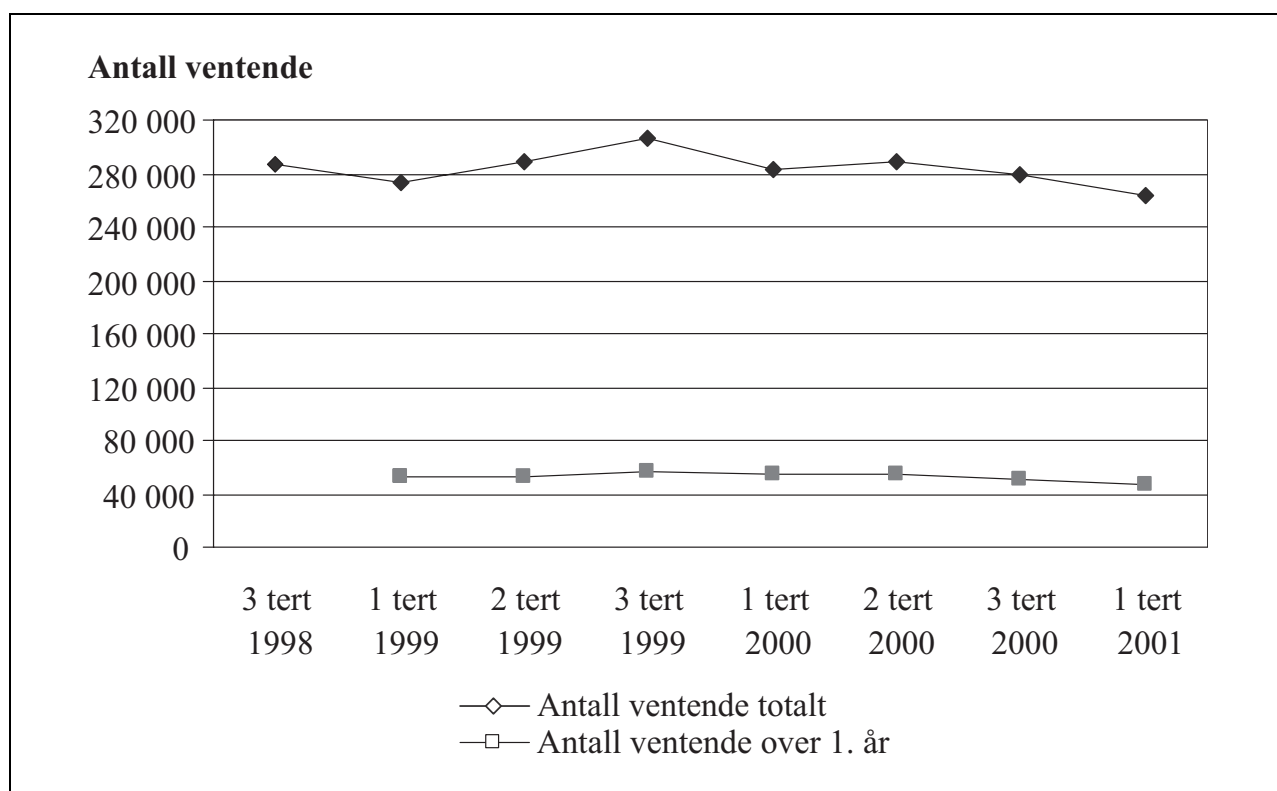
Ordningen med kjøp av behandlingstjenester i utlandet har redusert ventetiden for mange pasienter. Erfaringene med ordningen viser imidlertid også at det er uutnyttet kapasitet i norske sykehus, at enkelte sykehusavdelinger har vært tilbakeholdne med å tilby sine ventelistepasienter

behandling i andre sykehus, og at kvaliteten på ventelisteføringen er mangelfull.

I lys av disse erfaringene vil Sosial- og helsedepartementet sette fokus på unødig venting for sykehusbehandling i årene fremover. I styring og oppfølging av de regionale helseforetakene vil det bli gitt høy prioritet til tiltak som kan redusere unødig venting. For det første forventer departementet at den nye ansvars- og eierskapsreformen skal gi grunnlag for en bedre arbeidsdeling og dermed økt behandlingsskapasitet i de regionale helseforetakene. For det andre vil departementet fremme forslag om et nasjonalt ventelisteregister. Hensikten med det nasjonale ventelisteregisteret er at ventelistene til enhver tid skal gi et presist bilde av behovet for sykehusbehandling i Norge, og at registeret skal kunne brukes til å tilby ventelistepasienter raskere behandling ved andre sykehus. For det tredje vil departementet gjøre det enklere for pasienter og henvisende leger å benytte retten til fritt sykehusvalg, bl.a. ved å etablere systemer for elektronisk timebestilling for undersøkelse eller behandling i sykehusene. Samlet sett skal disse tiltakene redusere uønsket venting på behandling som ikke skjer etter medisinske grunner til et absolutt minimum.



Figur 4.1 Utvikling i ventetider for ordinært avviklede, alle pasientordninger og alle fagområder



Figur 4.2 Utvikling i antall ventende, alle fagområder og pasientordninger

Mennesker med psykiske lidelser

Psykiske lidelser varierer i varighet, alvorlighet og intensitet. Kartlegginger tyder på at omfanget av de alvorligste lidelsene (psykosene) er stabile. Men det er påvist at visse typer lidelser har økt de siste ti årene, f.eks. spiseforstyrrelser. nene ble innført i 1995, jf. nærmere omtale under

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

Det spesialiserte psykiske helsevern er en del av de regionale helseforetakenes ansvar, som for øvrige spesialiserte helsetjenester.

Tilgangen på kvalifisert personell til psykisk helsearbeid viser en positiv utvikling. Fra 1996 til 2001 har det vært en markant økning i antall godkjente spesialister i psykiatri, og også for barne- og ungdomspsykiatere og psykologer er det en positiv utvikling. Tilgangen på høyskoleutdannet personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid er god, og det anses som realistisk å nå målsettingene om tilgang på disse personellkategoriene i opptrappingsplanen.

Legemidler

I 2000 ble det solgt legemidler med markedsføringstillatelse for ca. 11,5 mrd. kroner, som innebar en nominell vekst fra året før på ca. 7,5 pst (kilde: NMD). Blant de tyngste enkeltkomponentene i denne veksten er legemidler for behandling av hjerte-/karlidelser, kreftmedisiner og for behandling av sykdommer i sentralnervesystemet. Det offentlige dekker ca. 2/3 av utgiftene. Hovedtyngden av kostnadene for det offentlige er knyttet til folketrygdens refusjonsordning (blåreseptordningen), men det medgår også betydelige beløp til medikamentell behandling på helseinstitusjoner (særlig sykehus).

5 Personell og kvalifiseringstiltak innenfor Sosial- og helsedepartementets ansvarsområde

5.1 Innledning

Ved behandlingen av 2001-budsjettet vedtok Stortinget å be Regjeringen utarbeide en ny handlingsplan for personell. Det vises også til Stortingets behandling av Dokument nr. 8:112 (2000-2001) «...om tiltak for å få utdannet helsepersonell tilbake til sine yrker».

I de ulike handlings- og opptrappingsplaner innenfor Sosial- og helsedepartementets ansvarsområde inngår personelltiltak som ble samlet og presentert i Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001. Flere av tiltakene er etterhvert blitt en integrert del av virksomhetene. Departementet foreslår at tilskuddene på personellfeltet benyttes på områder det fortsatt er behov for statlig innsats.

Erfaringene så langt er at tilskudd til kvalifisering av personell har god effekt på stabilitet og rekruttering. Det foreslås derfor at tiltakene utvides. Departementet vil som ledd i dette bidra til å styrke arbeidet med kvalitetsutvikling og ledelse i kommunene.

Departementets forslag til innsatsområder på personellfeltet for 2002 og tilsvarende innsats i 2001 (mill. kroner):

Innsatsområder	2001	Forslag 2002
Tiltak for kvalifisering av personell som arbeider i sektoren	220,8 ¹⁾	233,9
Tiltak for å øke utdanningskapasitet og for rekruttering av personell til yrkesaktivitet	26,7	31,1
Rekruttering og kvalifisering av personell med utdanning fra utlandet	12,9	11,7
Kvalitetsutvikling og ledelse i kommunenes helse- og sosialtjeneste	0,3	8
Til sammen	260,7	284,7

¹⁾ I St.prp. nr 1 (2000-2001) om midler til personell- og kvalifiseringsformål innenfor Opptrappingsplanen for psykisk helse, inngår også midler til forskning, drift samt overføringer til Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet. I denne tabellen inngår kun midler til personell- og kvalifiseringsformål.

5.2 Kort oppsummering fra inneværende handlingsplan for personell

Tiltakene i inneværende handlingsplan har vært et viktig redskap for iverksetting av de store helse- og sosialpolitiske satsningene i perioden 1998-2001. De viktigste tiltakene har knyttet seg

til kvalifisering og kompetanseheving av helse- og sosialpersonell, økt utdanningskapasitet og rekruttering fra utlandet. Handlingsplanen for sosialtjenestens førstelinje har hatt hovedfokus på kvalifisering og kompetanseheving. Slike tiltak skal bidra til et mer stabilt personell og dermed lavere turn-overkostnader.

I perioden 1998 – 2001 har fylkesmenn i samarbeid med fylkesleger fordelt over 300 mill kr til kommunene og fylkeskommunene til kvalifiseringstiltak for personell. Fordelingen har vært basert på vurdering av opplæringsplaner og rekrutteringsbehov. Anslagsvis vil over 50 000 (d.v.s. ca. 35% av antall ansatte i 2000) ha deltatt i kompetansegivende opplæring i arbeidsgivers regi i perioden 1998 til 2004. I 2001 hadde 84 pst. av kommunene opplæringsplan. Tilsvarende var andelen 40 pst. i 1998. Departementets samlede innsats på personellfeltet har også bidratt til å sette betydningen av stabilitet og kvalifikasjoner av personellresurser høyere på dagsorden i helse- og sosialtjenesten.

5.3 Utviklingstrekk de siste år

Utvikling i uteksaminert personell rettet mot helse- og sosialsektoren

Det har vært en stor økning av uteksaminerte omsorgsarbeidere og helsesekretærer. For hjelpepleiere er antall uteksaminerte mer enn halvert fra 1990 til 1999. Nedgangen oppveies i noen grad av et økende antall utdannede omsorgsarbeidere. Fra hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningene var det i 2000 2514 som tok avsluttende eksamen mot 3736 i 1990. Den synkende interessen for og søkningen til helse- og sosialfagene blant ungdom er bekymringsfull. I 1994 søkte 11 prosent av ungdomskullet seg til grunnkurs helse- og sosialfag, mens tallet for 2000 var 7 prosent (Håkon Høst, AHS Serie B 2001-1) .

Opptak til sykepleierstudiet har økt fra 2520 i 1990 til 4504 i 2000. Utbygging av desentralisert

sykepleieutdanning har vært prioritert med tilskudd fra Sosial- og helsedepartementet og foregår i dag ved 17 utdanningssteder. I Dokument nr. 8:112 (2000-2001) «...om tiltak for å få utdannet helsepersonell tilbake til sine yrker» vises det til at søkningen til sykepleierutdanningen har gått ned i siste halvdel av 90-tallet. Søkningen har imidlertid hele tiden ligget godt over antall studie-plasser. Ved opptaket til sykepleierutdanningen høsten 2001 er det en vekst i søkningen på vel 20% sammenlignet med 2000.

For vernepleiere, barnevernspedagoger, sosionomer, radiografer, ergoterapeuter og fysioterapeuter har det vært en stor økning i opptak. I tillegg tar mange høgskoleutdanning i utlandet.

I forbindelse med gjennomføringen av Nasjonal kreftplan (1999-2003) ble det i 1999-2000 etablert til sammen 40 nye studieplasser for radiografutdanning ved høyskolene i Sør-Trøndelag og Gjøvik. Utdanningskapasiteten for stråleterapeuter er fra 1996-2000 økt fra 10 til 54 plasser pr. år. Videreutdanning i stråleterapi ble fra 2001 overført til høgskolesystemet som oppdragsundervisning.

Opptaket til medisiner-, farmasi- og psykologstudiet er om lag fordoblet fra 1990 til 2000. Opptaket til tannlegestudiet har imidlertid bare økt med 8% (fra 105 til 113).

Utvikling i utførte årsverk i helse- og sosialsektoren

Tabellen nedenfor viser utviklingen i utførte årsverk for perioden 1997 – 2000. Rent private institusjoner er ikke med.

Årsverk i pasient/klientrettet arbeid i den offentlig finansierte helse- og sosialtjeneste for perioden 1997-2000, ekskl. drift/administrasjon og barnevern.

	1997	2000	97-00
Ufaglærte	23192	22447	-3,2 %
Hjelpepleiere	35861	36022	0,4 %
Omsorgsarbeidere	1022	3902	281,8 %
Helsesekretærer	2356	2875	22,0 %
Øvrige med videregående opplæring	2378	2020	-15,1 %
Sum pers. med videreg. Opplæring	41616	44818	7,7 %
Sykepleiere	29433	30719	4,4 %
Vernepleiere	1491	2149	44,1 %

	1997	2000	97-00
Helsesøstre	1569	1686	7,5 %
Jordmødre	1253	1378	10,0 %
Fysioterapeuter	3913	4926	25,9 %
Ergoterapeuter	1329	1423	7,1 %
Barnevernpedagoger	415	691	66,7 %
Sosionomer	4062	4529	11,5 %
Bioingeniører	2909	3144	8,1 %
Radiografer	1038	1227	18,2 %
Tannpleiere	279	292	4,7 %
Annet høgskoleutdannet personell	1486	1775	19,5 %
Sykepleiere med spesialutdanning	5045	7031	39,4 %
Psykiatriske sykepleiere	1699	1976	16,3 %
Sum høgskoleutd. Personell	55919	62944	12,6 %
Leger	6607	7719	16,8 %
Legespesialister	4196	4856	15,7 %
Tannleger	1117	976	-12,6 %
Psykologer	1111	1613	45,2 %
Sum universitetsutdannet personell	13031	15164	16,4 %
Sum årsverk	133759	145373	8,7 %

Kilde: Kommunenes Sentralforbund's PAI-register og Statistisk sentralbyrå.

Andel *ufaglærte* (personell uten helse- og/eller sosialfaglig utdanning) er redusert med 3,2%, i kommunene er reduksjonen bare 1% i løpet av 3 år.

Antallet hjelpepleierårsverk har nesten ikke økt i perioden (0,4%). Dette kompenseres av nesten 3000 nye omsorgsarbeidere siden 1997. Netto vekst i sykepleierårsverk var over 3500, tilsvarende ca 10% i perioden.

Av veksten i legeårsverk har nesten hele veksten kommet i sykehusene (1566 av 1770 årsverk). I allmennlegetjenesten vil den største veksten komme fra 2000 til 2002. Allmennlegetjenesten er siden 1.1.1999 tilført ca. 350 nye legehjemler. Ledige fastlegehjemler er redusert fra 358 i desember 2000 til 192 i september 2001.

Rekrutteringen av tannleger til den offentlige tannhelsetjenesten svikter og utførte årsverk går ned med 40-50 hvert år. Det utføres 500 flere psykologårsverk i 2000 enn i 1997.

Som en oppsummering kan sies av veksten i årsverk til sykehussektoren har vært gunstig. Bekymringen er mangelfull vekst av hjelpepleier-/omsorgsarbeiderårsverk i kommunene, og nedgang i tannlegeårsverk i fylkeskommunene.

5.4 Hvor stor er arbeidskraftsreserven blant sykepleiere og hjelpepleiere?

I Dokument nr. 8:112 (2000-2001) «...om tiltak for å få utdannet helsepersonell tilbake til sine yrker» vises det til Econrapport 49/1999, der det tas utgangspunkt i en antatt arbeidskraftsreserve blant sykepleiere på 18 500 årsverk. Tallet er hentet fra rapporten «Arbeidskraftsreserven blant sykepleierutdannede» som ble utarbeidet av BI i 1996 (på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet). Tallet fremkom ved å beregne differansen mellom beregnet full stilling for alle med sykepleie som høyeste utdanning fra avsluttet studium

til alderspensjon, og det faktiske antall utførte årsverk av sykepleiere. Dette gir en oversikt over den *teoretisk mulige* arbeidskraftsreserve.

Flere undersøkelser viser at sykepleiere har høy yrkesdeltakelse. Det er relativt få som er utenfor arbeidslivet eller arbeider i andre yrker. (Jf. Askildsen og Holmås: Helse, økonomi og politikk: Utfordringer for det norske helsevesenet, 2001¹ og Bente Abrahamsen, Søkelys på arbeidsmarkedet 2000, 13-20).

De fleste som skifter yrker går høyere opp i yrkeshierarkiet for sykepleiere. Mange søker seg til undervisning og forskning.

Den samlede årsverksinnsats av sykepleiere i pasient/klientrettet arbeid var ca. 40 000 i 2000 – se tabell foran (i tillegg ca. 3 000 årsverk som helsesøstre og jordmødre). Den potensielle arbeidskraftsreserven vil i hovedsak være knyttet til sykepleiere som arbeider deltid og sykepleiere som ikke er yrkesaktive.

Sykepleiergruppen kjennetegnes ved at en stor andel arbeider deltid. Spesielt kvinnelige sykepleiere arbeider deltid i langt større grad enn andre kvinner med tilsvarende utdanningsnivå. En undersøkelse om sykepleiere på somatiske sykehus viser at mer enn halvparten arbeider deltid (Torunn Olsen: Søkelys på arbeidsmarkedet 2000, nr. 2, 149-158). Den utstrakte bruken av deltid blant sykepleiere har hovedsaklig sammenheng med omfanget av privat omsorgsansvar og arbeidsvilkår (Bente Abrahamsen: Deltid – en tilpasning til yrket, Sykepleien 9/2000).

Sosial- og helsedepartementet har gitt Agderforskning i oppdrag å gjennomføre en undersøkelse i Agderfylkene og i Østfold om arbeidstid blant hjelpepleiere og sykepleiere. I undersøkelsen er bl.a. forholdet mellom ønsket og faktisk arbeidstid kartlagt. Den viser en arbeidskraftsreserve på 2,3 årsverk per 100 årsverk. Med andre ord er det relativt liten forskjell mellom faktisk og ønsket arbeidsmengde gitt dagens rammebetingelser. Fordelt på yrke, viser undersøkelsen at det er noe større avstand mellom faktisk og ønsket arbeidstid for hjelpepleiere enn for sykepleiere.

For å rekruttere blant sykepleierne som ikke er yrkesaktive, har departementet gitt tilskudd til oppdateringskurs. Det har vært økende interesse for å delta på slike kurs. I følge innrapporterte tall fra fylkene deltok hhv 238 hjelpepleiere og 121 sykepleiere på oppdateringskurs i 1999. I 2000

økte dette til henholdsvis 763 og 311. Erfaringer fra Akershus viser at de fleste deltakerne var ute av arbeidslivet ved kursstart. Etter avsluttet kurs er om lag 90 prosent av deltakerne i arbeid selv om flere har en løsere tilknytning i form av ekstravakter. Muligheter for tilpasset arbeidstid, god faglig oppfølging og et støttende arbeidsmiljø ser ut til å være vesentlige forhold i valget mellom å gå tilbake til sykepleieryrket eller ikke.

Den reelle arbeidskraftsreserven synes betydelig lavere enn de hypotetiske 18 500 årsverkene Econ-rapporten opererer med. Det avgjørende er tiltak som kan bidra til å rekruttere blant den reelle arbeidskraftsreserven. Departementet vil derfor blant annet videreføre tilskudd til oppdateringskurs for sykepleiere og hjelpepleiere og tilskudd til etter- og videreutdanning. Samtidig er det viktig at arbeidsgiverne legger til rette for å ta i bruk den reserve som finnes blant deltidsansatte siden arbeidsvilkår og privat omsorgsansvar er hovedårsakene til at sykepleiere velger deltid.

5.5 Rekruttering fra utlandet

Mange virksomheter har vært avhengig av rekruttering fra utlandet for å få kvalifisert personell. Fra 1997 har det vært en nedgang i tilgang på helsepersonell fra nordiske land.

Siden 1997 har Aetat med støtte fra Sosial- og helsedepartementet rekruttert leger fra andre EØS-land (Tyskland, Østerrike og Frankrike). I perioden 1998-2000 er det rekruttert til sammen 316 leger til sykehus og kommuner. Det foreløpige inntrykket er at legene som er formidlet av Aetat, blir i Norge. En del leger slutter i kommunehelsetjenesten til fordel for assistentlegestillinger ved sykehus som gir mulighet til spesialistutdanning.

Departementet har også gitt Aetat i oppdrag å rekruttere tannleger fra Tyskland. Pr. 1. januar 2001 var det registrert 145 ledige tannlegestillinger i den offentlige tannhelsetjenesten. Til helse-rekrutteringsprosjektet er det innmeldt behov for 34 tannleger, og det ble formidlet 23 til fylkene i 2000.

Norske sykehus meldte inn til Aetats helserekrutteringsprosjekt behov for 268 sykepleiere og kommunene et behov for 233, til sammen ca 500 ledige sykepleierstillinger i 2000. Det ble formidlet 267 sykepleiere i 2000, de fleste fra Finland.

Innen EØS-området ser det ut til å være konkurranse om rekruttering av sykepleiere og andre personellgrupper. Det er problemer med å rekruttere tannleger. Departementet ser behov for å henvende seg til land utenfor EØS-området.

¹ Askildsen og Holmås har også undersøkt forholdet mellom endringer i lønn versus endring i antall arbeidende timer blant sykepleiere. De konkluderer med at det er ingen klare holdepunkter for at en økning i lønn vil føre til at det totale timetallet som sykepleierne utfører vil øke.

I 2002 vil rekrutteringen av leger fra EØS-land opphøre som følge av tilstrekkelig tilgang på norske leger. Departementet vil øke støtten til rekruttering av sykepleiere. Aetat har inngått avtale med respektive myndigheter i Polen og Filippinene om rekruttering av sykepleiere. Når det gjelder rekruttering av tannleger vil andre land med utdanning tilsvarende norsk tannlegeutdanning bli vurdert.

For å kunne arbeide som helsepersonell forutsettes bl.a. norsk autorisasjon. Vilkaene for å få norsk autorisasjon er enten at vedkommende har utenlandsk eksamen som anses jevn god med tilsvarende norsk eksamen, eller på annen måte har godtgjort å ha den nødvendige kyndighet. Det er store variasjoner i utdanningene i land utenfor EØS-området. De fleste av det personell som rekrutteres fra land utenfor EØS-området må derfor ha tilleggskurs av varierende omfang for å kunne få autorisasjon. Departementet vil foreta en gjennomgang av godkjenningsordningene med sikte på forenkling og vil videreutvikle tilskudd til de aktuelle utdanningsinstitusjonene som arrangerer tilleggskurs, se kap. 701.21 og 705.60.

5.6 Fremtidig etterspørsel og årsverksinnsats

Statistisk sentralbyrå har gjennom sin modell HELSEMOD utarbeidet framskrivninger av den framtidige etterspørsel og tilgang for enkelte yrkesgrupper.

Framskrivningene er beheftet med usikkerhet. Rekruttering fra utlandet er ikke med i beregningene.

Alle beregningsalternativer viser økende underskudd på hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Samlet sett er det beregnet et overskudd av personell fra *høgskolenivå* frem mot 2010. Overskuddet vil være størst innen de sosialfaglige utdanningene. For sykepleiere er det beregnet et underskudd frem til 2005. Deretter viser beregningene at det sannsynligvis vil være balanse mellom etterspørsel og tilbud. For vernepleiere er det grunn til å anta at etterspørselen vil bli betydelig høyere enn det modellen forutsetter.

Når det gjelder universitetsutdannet personell, viser framskrivningen for leger et lite overskudd i 2005 og 2010. Den mest dramatiske utviklingen vil skje for yrkesgruppen tannleger. For tannleger beregnes underdekningen å øke fra ca. 160 i dag til vel 1100 årsverk i 2010. Samlet antall yrkesaktive personer i gruppen går svakt ned. For psykologer er det beregnet en underdekning på om lag

670 i dag, som vil stige til 740 i 2005, for deretter å gå noe ned.

En analyse foretatt av Norsk institutt for studier av forskning og utdanning i 2000 om personellsituasjonen ved gjennomføringen av Nasjonal kreftplan viser at det vil være høy vekst i etterspørselen etter radiografer og stråleterapeuter de neste 2-3 årene som følge av utbygging av mammografiscreening samt økning i antall strålemaskiner.

5.7 Departementets forslag

Tiltak for kvalifisering av personell som arbeider i sektoren

- Øke tilskuddene til kvalifiseringstiltak for personell i helse- og sosialtjenesten, se nærmere omtale i kap. 614.21, kap. 614.63, kap. 670.61, kap. 675.21, kap. 705.61 og kap. 743.70.
- Tiltak for en bedre geografisk fordeling av personell foreslås videreført. Tiltak beskrives nærmere i kap. 705.60 og kap. 743.70.
- Videreføre øremerkede midler til opplærings-/kompetansehevingstiltak for helse- og sosialpersonell i kommunene forvaltet av fylkesmenn/ fylkesleger. Enkelte av tilskuddsordningene foreslås slått sammen til én tildeling som kan benyttes etter kommunenes behov og som egne utviklingstiltak overfor sektoren i det enkelte fylke. Rapporteringen foreslås forenklet ved at fylkesmenn/fylkesleger gir en samlet oppsummering av bruken av midlene til departementet. Midlene omtales under kap. 670.61, kap. 705.61 og kap. 743.70.
- Bedre tilgangen på høgskoleutdannet personell som tar tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid. Se kap. 743.62.
- Etter- og videreutdanning av allmennleger i de 4 nordligste fylker, veilederprogram for turnusleger og program for utvikling av distriktsmedisin. Se kap. 705.60.
- Tiltak som kan bidra til at flere eldre arbeidstakere ønsker å bli lenger i arbeidslivet enn i dag. Tiltaket bevilges midler over kap. 675.21.

Behov for økt utdanningskapasitet og rekruttering av personell til yrkesaktivitet

- Tiltak for rekruttering til utdanning og økt yrkesaktivitet for hjelpepleier/omsorgsarbeidere etter endt utdanning. Se kap. 670.61 og kap. 675.21.
- Vurdere avviklet ordningen med separat hjelpepleier- og omsorgsarbeiderfag i tråd med

kompetansebehovet i helse- og sosialsektoren. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og Sosial- og helsedepartementet vil i samarbeid med berørte parter følge opp dette. Se omtale i kap. 705.61.

- Gi formell godkjenning til egne videreutdanninger for hjelpepleiere. Slike videreutdanninger vil i hovedsak bli organisert som oppdragsundervisning, i regi av videregående skoler.
- Økt støtte til oppdateringskurs og økt omfang av desentralisert utdanning for sykepleiere. Se kap. 670.61 og kap. 705.61.
- Økt utdanningskapasitet for stråleterapeuter. Se kap. 739.75.
- Økt utdanningskapasitet for tannleger. Fra studieåret 2002-2003 foreslår Regjeringen å utvide gebyrstipendordningen til også å omfatte tannlegeutdanning.
- For psykologer og farmasøyter foreslås tilskudd for å øke utdanningskapasiteten. Se kap. 743.70 og 751.70.

Personell med utdanning fra utlandet

- Øke tilskudd til Aetat for rekruttering av sykepleiere, tannleger og hjelpepleiere fra utlandet. Se kap. 705.60.
- Øke tilskudd til utdanningsinstitusjoner til effektivisering og vurdering av utenlandsk personells kvalifikasjoner og til organisering av tilleggsutdanning. Se kap. 701.21 og 705.60.
- Gjennomgang av godkjenningsordning for utenlandsk personell med sikte på forenkling og effektivisering. Se kap. 705.60.
- Rekruttere personer med utdanning fra utlandet som bor i Norge og som ikke arbeider innen sektoren. Se kap. 705.60.

Kvalitetsutvikling og ledelse i kommunenes helse- og sosialtjeneste

- Bidra til å styrke arbeidet med kvalitetsutvikling og ledelse i kommunene i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund. Se kap. 614.63 og kap. 670.61.
- Departementet vil gi støtte til prosjekter der arbeidsgivere vil prøve ut nye typer tiltak for mer fleksibel bruk av personell. Se kap. 705.60.

Tiltak for å frigjøre legeressurser ved offentlige poliklinikker

For å frigjøre legeressurser vil departementet vurdere å yte refusjon til offentlige poliklinikker for sykepleiekonsultasjoner innen enkelte fagområder.

6 Regjeringens program for fornyelse av offentlig sektor

Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten

Stortinget har sluttet seg til regjeringens forslag om at staten fra årsskiftet skal overta eieransvaret for spesialisthelsetjenesten i Norge og organisere denne som helseforetak. I henhold til ny lov om helseforetak er det opprettet et regionalt helseforetak med ansvar for sykehus og annen spesialisthelsetjeneste i hver av de fem helseregionene.

Den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten og organisering i helseforetak omfatter de offentlig finansierte somatiske spesialisthelsetjenester, psykisk helsevern, rehabilitering og habilitering, spesialisthelsetjenesten og institusjoner/avdelinger for behandling av rusmiddelmisbrukere som er hjemlet i spesialisthelsetjenesten, sykehusapotek og laboratorie- og radiologiske tjenester. De regionale helseforetakene skal overta fylkeskommunale driftsavtaler med private spesialister og den fylkeskommunalt eide ambulansetjenesten og akuttmedisinske kommunikasjonsentralene skal også inngå i en statlig eierskapsmodell. De regionale helseforetak skal overta ansvaret for driftsavtaler med private sykehus, og det skal etableres samarbeid med kommuner der hvor det er etablert samarbeid om nødmeldetjeneste/legevaktsentraler.

Stortinget vedtok i forbindelse med behandlingen av St.meld. nr. 43 (1999-2000) om akuttmedisinsk beredskap at ansvaret for luftambulansetjenesten skal være statlig og forankres i helseforetakene fra 1. januar 2002. Departementet vil komme tilbake med forslag til fordeling av midlene under kap. 2750 Syketransport mv. post 72 Luftambulansetransport i eget tilleggsnummer til St.prp. nr. 1 for 2002.

Departementet legger videre opp til en snarlig avklaring av det organisatoriske ansvaret for sykestuene. Dagens finansiering av sykestueplassene som i dag er en del av den fylkeskommunale spesialisthelsetjenesten, er en del av det økonomiske oppgjøret med fylkeskommunene og vil i 2002 finansieres gjennom rammene til de regionale helseforetakene i de respektive regionene.

Stortinget har sluttet seg til forslaget om å utrede en framtidig organisering av tiltak for rusmiddelmisbrukere hjemlet i sosialtjenesteloven. Regjeringen tar sikte på å legge fram et høringsnotat i løpet av høsten 2001.

I Ot.prp.nr.66 (2000-2001) Om lov om helseforetak mv. er det lagt til grunn at dagens finansieringsordninger i hovedsak skal videreføres i

2002. Dette innebærer at sektorens andel av fylkeskommunenes frie inntekter og bevilgningene til dagens statssykehus tilføres de regionale helseforetakene, jf. kap. 732 *Regionale helseforetak* og at de fleste av dagens øremerkede ordninger videreføres i 2002. Vedtatte handlingsplaner vil bli fulgt opp. Den viktigste endringen er at de regionale helseforetakene blir tilskuddsmottaker for de fleste øremerkede tilskuddene.

Samlet utgjør bevilgningene til helseforetakene i 2002 om lag 49 mrd. kroner. Av dette utgjør basisbevilgningen til de regionale helseforetakene 28 800 mill. kroner, bevilgningen til innsatsstyrt finansiering 13 250 mill. kroner, bevilgningen til tilskudd til regionsykehus 1 985 mill. kroner, bevilgningen til poliklinikk 3 450 mill. kroner og øremerkede tilskudd til drift knyttet til psykiatriplanen 1 015 mill. kroner. Arbeidet med etablering av de regionale helseforetakene og utvikling av nye økonomistyringssystemer for helseforetakene krever ressurser også i 2002. Det vil være et ressursbehov knyttet til omorganisering og eierskifte, jf. kap. 739.21 *Forsøk og utvikling i sykehussektoren*.

Det legges opp til at styring av investeringer i hovedsak skal legges til foretaksledelsene. I Ot.prp.nr.66 (2000-2001) heter det imidlertid at det på kort sikt kan være nødvendig med noe sterkere statlig styring og kontroll med investeringsbeslutningene enn det som er ønskelig på lengre sikt. Det vil være nødvendig med noen overgangsløsninger i oppstartingsåret 2002, men det forutsettes full tilpasning fra 2003.

Reformen setter staten i en ny og helhetlig ansvarsposisjon. Denne oppgraderte posisjonen skal staten bruke til å realisere viktige mål i helsepolitikken, som å gi et mer likeverdig tilbud over hele landet og fjerne unødig ventetid for medisinsk behandling.

Reformen begrenser seg med andre ord ikke til å overta eierskap og ny organisering, men har også et substansielt og fornyet innhold der tilgjengelighet, kvalitet og omsorg for den enkelte kombineres med en rasjonell ressursforvaltning og et helhetlig samfunnsmessig og ledelsesmessig ansvar. Det vil bli en særskilt prioritet å følge opp med tiltak for å redusere unødig venting.

Det vil bli fokusert på følgende utvalgte satsingsområder:

– *Brukerperspektiv i helsetjenesten*

En bedre kvalitet på tjenestene forutsetter at brukerperspektivet legges til grunn for organisering og gjennomføring av tjenestene. Reell medvirkning fra pasienter og pårørende er vektlagt i vedtektene for de regionale helse-

foretakene. Dette innebærer at foretakene må sikre at det utvikles en ny kultur på dette området og at målrettede prosesser settes i gang, slik at brukerperspektivet kan prege planlegging og drift av virksomhetene.

– *Ledelse og organisasjonsutvikling i sykehusene*

Ledelsesutfordringene i sykehusvesenet må møtes med tiltak på bred front, først og fremst i de regionale helseforetakene og i de enkelte sykehus. Staten vil imidlertid i kraft av sin eierrolle og med forankring i de regionale helseforetakene arbeide med å utvikle et nasjonalt opplegg for utviklingen av toppledere og avdelingsledere i sykehusene.

– *Kvalitet i sykehus og helsetjeneste*

Kvalitetsarbeid i helsevesenet innebærer innsats på flere områder, for eksempel å tilrettelegge tjenestene på en effektiv og god måte, også slik at feil og avvik bli minst mulig. Kvalitetsarbeid innebærer imidlertid også måling og sammenlikning av kvalitet. Sentrale utfordringer for helsetjenesten framover er å utvikle gode indikatorer på kvalitet i den direkte utøvende virksomhet, i tillegg til å legge til rette for kunnskapsbasert praksis og dokumentasjon av kvalitetssikring.

– *Kliniske forskning ved norske sykehus*

Metodekompetanse innen anvendt forskning er i dag en nødvendighet for å kunne foreta informerte og rasjonelle behandlingsvalg. Relevant og kvalifisert arbeid på dette området er grunnlaget for sykehustjenester av høy kvalitet. Anvendt klinisk forskning representerer i tillegg metodegrunnlaget for den evalueringsforskning som dokumenterer kvaliteten av sykehustjenestene. Ettersom fokus på kvalitet og dokumentasjon skjerpes, vil koblingen mellom anvendt klinisk forskning og kvalitetsarbeid bli stadig viktigere. Dersom det skal lykkes å utvikle robuste indikatorer for klinisk kvalitet, må de bygge på et faglig og faktamesig grunnlag med basis i klinisk forskning.

– *Metodevurdering og prioritering*

Grunnlaget for en metodevurdering er en systematisk og kritisk gjennomgang og vurdering av den vitenskapelige dokumentasjon for å få avklart effekten av ulike tiltak som benyttes i helsetjenesten. Hensikten med metodevurdering er å utarbeide et best mulig grunnlag for beslutninger på alle nivåer. Det bør tas sikte på å lage et opplegg der metodevurdering brukes aktivt på alle nivå. Det bør bygges opp et samarbeid med fagprofesjonene, koblingen til statens øvrige rådgivnings- og tilsynsvirksomhet bør synliggjøres, og det må arbeides med bru-

ken av metodevurdering i forhold til Nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet. Rådet kan spille en konstruktiv rolle i den politiske beslutningsprosessen og i vanskelige prioriteringsvalg ved at avveiningen mellom ulike hensyn synliggjøres.

– *Samarbeid mellom helsetjenestenes nivåer*

Det er viktig at eierskaps- og foretaksreformen bidrar til å åpne nye kanaler for samhandling. Det må derfor legges til rette for økt samhandling og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og halvannenlinjetjenesten, for eksempel sykestuene, bl.a. gjennom incitamenter som understøtter samarbeid på tvers av nivåene.

– *Nasjonalt IT-strategi for helsesektoren*

Gjennom den statlige tiltaksplanen for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren «Si @!» legges det opp til et sterkt statlig ansvar for utviklingen på dette feltet. Både ambisjoner og tiltak i denne nasjonale IT-planen bør ha langt bedre muligheter for å bli realisert med én sentral eier og tilrettelegger. En slik statlig rolle skal ikke være detaljstyrende, men sette noen overordnede rammer og standarder som skal sikre nasjonale løsninger der de er nødvendige.

– *Psykisk helse*

Stortinget har vedtatt en opptrappingsplan for psykisk helse. Planen vektlegger en spesialisthelsetjeneste på brukernes premisser med mest mulig frivillighet og minst mulig bruk av tvang. Brukerperspektivet og samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten skal legges til grunn ved planlegging, organisering og drift av tjenestene. Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten gjennomføres midt i opptrappingsperioden. Den samlede statlige eierposisjonen vil legge til rette for en god oppfølging av opptrappingsplanen.

– *Samordning av beredskapsmessige forhold*

Sykehusreformen gir muligheter for en mer helhetlig tilnærming til beredskap og legger forholdene til rette for en bedre samordning av beredskapsplaner og håndtering av større ulykker og krisesituasjoner.

– *Samordning av sykehusenes innkjøp*

Eierskaps- og foretaksreformen gir nye muligheter for samarbeid om innkjøps- og forsyningsfunksjonen. Ved å samarbeide tettere om innkjøp vil foretakene stille sterkere overfor leverandørene, både i volum og kompetanse. Det er igangsatt et utviklingsarbeid for en regional statlig innkjøpsenhet.

– *Sykehusutbygging og kompetanseutvikling*

Departementet har informasjon om planlagte sykehusutbygginger i størrelsesorden 30-35 mrd. kroner i perioden 2001-2010. Gjennom sin eierrolle kan staten ivareta samordning på tvers av de regionale helseforetakene og sørge for at nasjonal kompetanse utnyttes og tas i bruk.

Mye av utviklingsarbeidet på mange av områdene som her er angitt vil være av strategisk karakter. Det vil bli lagt vekt på at staten som eier, de regionale helseforetakene og helseforetakene gis roller i dette arbeidet som er i samsvar med de føringer og rammer som er gitt i den nye foretaksmodellen.

I arbeidet med å utvikle den statlige eierskapspolitikken vil det bli lagt vekt på at det skal oppnås en god samordning mellom de ulike typer virkemidler: eierskap, finansiering og myndighetstiltak, herunder tilsyn. I dette samordningsarbeidet vil det bli lagt vekt på at de nye systemene må være enkle. Det må unngås kompliserte systemer der de samme formålene i stor grad ivaretas gjennom alle typer virkemidler. Videre vil det være sentralt at myndighetstiltak basert på rettsikkerhetskrav ivaretas. Særlig viktig vil det være at tilsynsfunksjonen gjennomføres med det kravet til autonomi som lov og forskrifter forutsetter og at dette skjer på en måte som vinner tillit i befolkningen.

Helseforetakslovens § 34 fastslår at de regionale helseforetakene hvert år skal utarbeide en melding om foretakets virksomhet som forelegges departementet. Meldingen skal også omfatte de helseforetak som det regionale helseforetaket eier. Disse innspillene vil være en viktig del av departementets og Regjeringens arbeid med planer og styring av spesialisthelsetjenesten og vil også være et viktig grunnlag for framlegg av de helsepolitiske problemstillingene overfor Stortinget. Når de regionale helseforetakene og helseforetakene er etablert, vil det være et bedre grunnlag for konkret gjennomgang av de framtidige planordningene, og Sosial- og helsedepartementet vil derfor i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2002 komme tilbake til det samlede styringsopplegget på området.

Innføring av statlig eierskap og foretaksorganisering av virksomhetene innebærer en betydelig omlegging av ansvars- og styringsforhold. Endringene er i første rekke knyttet til etableringen av de regionale helseforetakene og til relasjonen mellom disse og de nye helseforetakene. Den nye organiseringen vil i stor grad være forankret i

eksisterende virksomheter som gjennomgående blir organisert i helseforetak. Dette bekreftes av de første vedtakene som styrene har fattet om inndelingen i helseforetak. Det skal føyes til at styrene dels har satt som premiss for sine vedtak at de vil arbeide videre med spørsmålet om å finne fram til samlede og mer varige organisasjonsløsninger. Det skal understrekes at det også på helseforetaksnivå skjer endringer ut over selve overgangen til foretaksorganisering, dels ved at styrene noen steder har funnet grunnlag for at det allerede nå må gjennomføres restruktureringer og dels ved at det har vært nødvendig å knytte de mindre virksomhetene til større organisatoriske enheter.

Når det gjelder de praktiske rammene for selve oppgaveløsningen vil denne i hovedsak ikke bli endret ved selve overtakelsen. Innføringen av reformen vil imidlertid stille nye krav til praktiseringen av administrative systemer blant annet knyttet til lønn og økonomifunksjoner. Men også på områder som mer direkte påvirker den faglige oppgaveløsningen, slik som IT, vil det skje endringer. Det er på disse områdene viktig å påse at endringene ikke fører til svikt i oppgaveløsningen. I gjennomføringen av reformen vil det være en prioritert oppgave å påse at risikoforhold ikke realiseres. To elementer vil i så henseende stå sentralt. For det første at det fram mot årsskiftet settes et samlet søkelys på forutsetningene for at det enkelte helseforetak skal kunne løse sine oppgaver på forsvarlig måte, og at de nødvendige forbedringer og tiltak gjennomføres i lys av dette perspektivet. For det andre at det etableres en beredskap i forhold til at risikosituasjoner oppstår, slik at tiltak raskt kan settes inn.

Fornyelse av den sentrale sosial- og helseforvaltningen

I St.prp. nr 84 (2000-2001) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2001, ble det redegjort for fornyelse av den sentrale statlige sosial- og helseforvaltningen.

Her ble det foreslått at 11 etater skulle slås sammen til 3 – Statens helsetilsyn, Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt. I tillegg foreslo en å flytte oppgaver fra Sosial- og helsedepartementet, i hovedsak til Sosial- og helsedirektoratet.

Regjeringens program for fornyelse av offentlig sektor har vært et sentralt utgangspunkt for arbeidet med fornyelse av den sentrale sosial- og helseforvaltningen. Hovedmålet har vært at en skal stå bedre rustet til å nå de sosial- og helsepo-

litiske målene og møte fremtidige faglige utfordringer. Andre viktige mål for omorganiseringen er at intern administrasjon og dobbeltarbeid skal reduseres og at forebyggende arbeid, tilsyn med og kvalitetsutvikling av helse- og sosialtjenesten, forskning og bruk av informasjonsteknologi skal styrkes.

Under behandlingen av revidert nasjonalbudsjett i Stortinget, jf St. Innst. S. nr. 325 (2000-2001) fra finanskomiteen om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet foreslo komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet, at Kreftregisteret skulle fortsette som en selvstendig virksomhet med et eget budsjettkapittel i statsbudsjettet. Videre uttalte flertallet at endret rapportering fra Sosial- og helsedepartementet til Radiumhospitalet syntes hensiktsmessig, og at en eventuell samlokalisering mellom Kreftregisteret og Radiumhospitalet kunne vurderes. Flertallet sluttet seg for øvrig til det som sto i proposisjonen om fornyelsen av den sentrale helseforvaltning.

Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt skal etableres så snart det praktisk lar seg gjøre i 2002. Kongen i statsråd utnevnte 6. juli 2001 direktører for Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Som en oppfølging av Innst. S. nr. 325 (2000-2001) Om omprioriteringer og tilleggsbevilgninger på statsbudsjettet 2001 vil Kreftregisteret fra 2002 rapportere til, og eventuelt samlokaliseres med, Det Norske Radiumhospital for å etablere et Comprehensive Cancer Center. Dette forutsetter at Kreftregisteret innlemmes i helseforetaket Det Norske Radiumhospital. Kreftregisteret vil utgjøre en egen enhet med samme navn som før, og et eget budsjettkapittel i statsbudsjettet.

I samarbeid med lederne for de tre nye etatene og de ansattes organisasjoner, vil departementet fremover arbeide med iverksetting og konkretisering av organisasjonsmodellen, herunder vurdere arbeidsdeling mellom de nye etatene.

I omorganiseringsprosessen er det et hovedmål å beholde og videreutvikle den kompetansen som finnes i de berørte virksomhetene i dag. Departementet vil tilstrebe trygghet og forutsigbarhet i prosessen. Ingen ansatte vil bli sagt opp som følge av omorganiseringen.

Forvaltning på matområdet

Regjeringen arbeider med endringer i ansvarsforholdene og organiseringen av mattilsynet. Det er nå iverksatt en omfattende gjennomgang av både

lovverk og tilsyn med sikte på å forenkling, effektivisering og klarere ansvarsforhold. De fem viktigste «matlovene» på slutten av verdikjeden vil bli omgjort til én lov der den nye matforordningen til EU også vil bli innpasset. Et utkast til ny matlov vil bli utarbeidet av Sosial- og helsedepartementet i samarbeid med Fiskeridepartementet og Landbruksdepartementet. En tar sikte på å sende et lovfremlegg på høring høsten 2002. Sosial- og helsedepartementet vil ha ansvaret for den nye loven.

Sosial- og helsedepartementet vil også ha det overordnede ansvaret for en vitenskapskomité som skal gi uavhengige, faglige vurderinger og råd om spørsmål langs hele matkjeden.

Landbruksdepartementet og Fiskeridepartementet vil ha ansvaret for tilsyn med hhv. landbasert og marin matproduksjon. Spørsmålet om forvaltning av sykdommer hos akvatiske dyr vil bli nærmere vurdert, likeså grenseflatene mot miljørettet helsevern. Det siste tar Sosial- og helsedepartementet ansvaret for. Landbruksdepartementet vil i samarbeid med Sosial- og helsedepartementet og Fiskeridepartementet samordne tilsynsarbeidet med landbasert matproduksjon i ett, statlig tilsyn. Dette er en omfattende omorganisering og modernisering som en tar sikte på å gjennomføre i 2003.

Konstitusjonelt ansvar

Det konstitusjonelle ansvaret for sosialministeren og helseministeren vil i all hovedsak være det samme i 2002 som i innværende år. Helseministeren vil ha det konstitusjonelle ansvaret for Sosial- og helsedirektoratet (kap. 706, post 01) og Nasjonalt folkehelseinstitutt (kap. 707, post 01). Det eneste nye er at helseministeren ikke lenger vil ha konstitusjonelt ansvar for hele kap. 700-serien alene. Innenfor 700-serien vil sosialministeren ha konstitusjonelt ansvar for kap. 706 Sosial- og helsedirektoratet, postene 70 Tilskudd til frivillighetssentraler og 71 Tilskudd til rusmiddelforebyggende arbeid.

7 IT og statistikkarbeid

Informasjonsteknologi og elektronisk kommunikasjon

Helse- og sosialsektoren står overfor økende kostnadspress og forventninger. Teknologisk og faglig utvikling har skapt en sektor som blir stadig mer spesialisert. Behovet for samarbeid mellom ulike ledd i behandlingskjeden øker, samtidig

som arbeidsdelingen mellom institusjoner og forvaltningsnivåer endres. Bedre og mer samordnet bruk av IT er viktig for å møte disse utfordringene.

Sosial- og helsedepartementet la i januar 2001 frem en ny statlig tiltaksplan for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren for perioden 2001-2003, «Si @!». Planen er en sentral del av regjeringens IT-politikk og fornyelsesarbeid og er også forankret i eNorge planen. Målet er en helse- og sosialtjeneste som samarbeider bedre, er lettere tilgjengelig for brukerne og leverer tjenester med bedre kvalitet enn i dag. Planen skal stimulere til økt elektronisk informasjonsutveksling og utvikling av informasjonstjenester som styrker og effektiviserer samarbeid mellom de ulike tjenesteleddene og med brukerne. Planen omhandler statlige tiltak på tvers av både helse-, sosial- og trygdesektoren.

Økt bruk av telemedisin og digitale røntgensystemer gjør helsevesenet til en betydelig etterspørter av bredbåndskapasitet i nettet. Hovedutfordringer i 2002 er å videreføre utbyggingen av et nasjonalt helsenett med bredbåndstilknytning til alle sykehusene, samt knytte primærlegetjenesten til nettet. En annen viktig satsing er å legge til rette for elektronisk samhandling med og i pleie- og omsorgstjenesten. Planen innebærer en betydelig satsing på norsk innhold i nettet, bl.a. gjennom utvikling av et tilbud av nasjonale informasjonstjenester på helseområdet.

Sykehusreformen gir mulighet for et sterkere statlig grep på IT-området. Staten vil gjennom sin eierrolle sette overordnede rammer og standarder for å sikre nasjonale løsninger der de er nødvendige og hensiktsmessige. De regionale helseforetakene vil i samarbeid med sykehusene gis et særlig ansvar for oppfølging og gjennomføring av IT-planen, og vil tillegges et betydelig strategisk ansvar for IT-utvikling i og mellom sykehus og primærhelsetjenesten.

Et av målene med statlig eierskap til sykehusene er å få til en bedre funksjonsfordeling mellom sykehusene og bedre utnyttelse av de samlede ressursene. Et helsenett gir helt nye muligheter for deling av informasjon, fagsamarbeid, arbeidsdeling, felles vaktordninger og samarbeid om bruk av nøkkelpersonell, både på regionalt og nasjonalt nivå.

Anvendelse av elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren muliggjør innsparinger og samfunnsmessige gevinster. Trygdeetaten vil f.eks. kunne frigjøre en rekke årsverk ved å motta sykemeldinger og andre meldinger elektronisk. Telemedisinske konsultasjoner mellom sykehus

og primærhelsetjenesten kan bidra til reduksjon av reiserefusjon og gi tidsbesparelser for pasienter. Sykehusene kan oppnå betydelige gevinster ved innføring av elektronisk journal og samarbeid om digital røntgen (PACS) og andre fagsystemer. Legene kan spare tid ved å sende henvisninger og motta epikriser elektronisk fra sykehusene. For pasientene representerer dette et betydelig potensiale for kvalitetsforbedringer.

Det er også et mål å gi bedre informasjon til pasient/bruker samt gjøre det mulig for pasienten å kommunisere elektronisk med sin lege på en sikker måte. Undersøkelser viser at stadig flere ønsker elektronisk tjenesteyting som et supplement.

Informasjons- og styringssystemer

Styring av helse- og sosialsektoren med desentralisert ansvar for tjenester er avhengig av utvikling og bruk av informasjonssystemer på alle nivåer. Aktualisert statistisk informasjon som gir oversikt over behovene for tjenester i befolkningen, tjenestetilbudene og ressursbruken mm. danner viktig grunnlag for beslutninger. Departementet bidrar til utviklingen og til bruken av nasjonale systemer sammen med bl.a. Statistisk sentralbyrå, Kommunenes sentralforbund og kommunesektoren, Rikstrygdeverket, forskningsinstitusjoner samt OECD og nordiske samarbeidsorganer under Nordisk Ministerråd. I 2002 vil Sosial- og helsedepartementet starte innføringen av nytt informasjonssystem for pleie- og omsorgstjenesten (IPLOS) i KOSTRA. Etter en forsøksperiode i 2002 vil systemet bli gradvis innført i alle landets kommuner.

Sosial- og helsedepartementet arbeider for at informasjonssystemer skal bygge på allmenne standarder, både når det gjelder innhold (definisjoner og kodeverk) og formidlingsmåte (tekniske standarder mm). Utviklingen åpner nye muligheter for datainnhenting og informasjonsformidling, som bl.a. utnyttes i KOSTRA og internettbaserte statistiktjenester.

Kodeverk, klassifikasjoner og termer er verktøy i den daglige pasientrettede virksomhet. Behandling i dagens helsevesen forutsetter bruk av kode- og klassifikasjonssystemer bl.a. for registrering av pasientopplysninger, økonomisk oppgjør og finansieringssystemer, informasjonsutveksling og statistikk. En stor utfordring ligger i å sikre at kode- og klassifikasjonssystemer er oppdaterte og konsistente og at de er tilgjengelig for riktig bruk i sektoren.

I forbindelse med arbeidet med fornyelse av den sentrale helseforvaltningen vil departementet

i 2002 legge til rette for en mer permanent forankring av overordnede funksjoner knyttet til kode- og klassifikasjonssystemer.

8 Forskning og annen kunnskapsutvikling

Forskning og utvikling (FoU) har en sentral plass i arbeidet for å utvikle en bedre og mer effektiv sosial-, helse- og trygdesektor. Departementets sektoransvar innebærer bl.a. å utvikle langsiktige strategier for kunnskapsoppbygging på disse områdene. Forskningsbasert kunnskap og kompetanse innhentes gjennom langsiktig satsing i regi av Norges forskningsråd, gjennom oppdragsforskning, grunnfinansiering og driftsstøtte til forskningsinstitutter/forskningsmiljøer, regionsykehustilskuddet, og som en integrert del av virksomheten til underliggende etater. Sosial- og helsedepartementet utfører og gir støtte også til forsøksvirksomhet, utrednings- og utviklingsarbeid som ikke er forskningsbasert.

I tråd med St.meld. nr. 39 (1998-99) Forskning ved et tidsskille og regjeringens opptrappingsplan for forskningen, fremlagt i RNB 2001, foreslås forskning på medisin og helse styrket. Regjeringen foreslår å styrke medisinsk og helsefaglig forskning gjennom flere virkemidler. Avkastningen fra forskningsfondet er i 2002 økt til 525 mill kroner. 1/3 av den totale fondsavkastningen blir kanalisert direkte til institusjonene i universitets- og høyskolesektoren, mens 2/3 vil bli fordelt av Norges forskningsråd. Avkastningen vil gå til en styrking av grunnforskning og de prioriterte temaområdene, herunder 100 mill. kr til en nasjonal satsing på funksjonell genomforskning (FUGE). I FUGE-satsingen er det satt særlige mål for medisinsk forskning.

For 2002 foreslås medisinsk og helsefaglig forskning styrket med 15 mill. kroner over Sosial- og helsedepartementets budsjett. Styrkingen er tiltenkt forskning i regi av regionsykehusene på 10 mill. kr, og en satsing på aldersforskning i regi av Forskningsrådet på 5 mill kr. I tillegg foreslås det overført 4 mill. kr fra kap. 743 post 70 Statlige stimulerings tiltak for psykisk helsevern til programmene Mental helse og Helsetjenester og helseøkonomi i regi av Forskningsrådet.

8.1 Forskning i regi av Norges forskningsråd

Forskning i regi av Norges forskningsråd har i hovedsak et anvendt siktemål i realiseringen av overordnede mål for helse-, sosial- og trygdesek-

toren. I 2002 vil Sosial- og helsedepartementet bidra til finansiering av forskningsprogrammer og strategiske satsinger med til sammen 142 mill. kroner. Sammenholdt med tildelingen til Forskningsrådet for 2001 er dette en økning på 12,7 mill. kroner. Sosial- og helsedepartementet bidrar bl.a. til å finansiere IKT i medisin og helsetjeneste, Miljø og helse, Helsetjenester og helseøkonomi, Helse og samfunn, Mental helse, Arbeid og helse, Pasientnær klinisk forskning og alternativ medisin, Mat og helse, Kreftforskning, Antibiotikaresistens, bio- og genteknologi, IT-Funksjonshemmede, Kommunelovprogrammet, Velferdsprogrammet – samfunn, familie og oppvekst, samt en ny satsing på aldersforskning. Se nærmere omtale under de respektive 50-poster.

Oversikt over bevilgninger til forskning i regi av Norges forskningsråd på Sosial- og helsedepartementets budsjett. (Beløp i mill. kroner)

Kap/post	Betegnelse	Forslag 2002
614.50	Norges forskningsråd	7,2
675.50	Norges forskningsråd	29,4
2600.50	Norges forskningsråd	5,8
701.50	Norges forskningsråd	32,7
719.50	Norges forskningsråd	29,6
739.50	Norges forskningsråd	37,4
I alt		142,1

8.2 Direktefinansiert forskning og driftstilskudd

Direktefinansiert forskning initieres hovedsakelig fra departementet selv og bidrar til evaluering og kunnskap til utvikling av innsatsområder. I tillegg gis tilskudd til forskningsmiljøer for at forskningskompetanse på departementets ansvarsområder kan opprettholdes og styrkes. De viktigste tiltak spesifisert på utgiftskapitler og poster er som følger:

- Kap. 2600 Trygdeetaten, post 21 Spesielle driftsutgifter: Forskning og utredning innenfor trygdeområdet, herunder også oppbygging av databaser og statistikk. Problemstillinger knyttet til sykefravær og uførepensjon, jf oppfølging av Sandmann-utvalgets innstilling. Levekår og fordelingsspørsmål, jf. oppfølging av regjerin-

gens handlingsplan for sosial og økonomisk trygghet. Forvaltning og praktisering av regelverket, samt kompetanseutvikling i trygdeetaten. Fortsatt finansiering av 12 trygdeforskerstillinger ved NOVA, UiO (Trygdemedisin) og UiB (Trygdeøkonomi).

- Kap. 675 Tiltak for eldre og funksjonshemmede, post 21 Spesielle driftsutgifter: utvikling av kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, undervisningssykehjem, bedre system for dokumentasjon, statistikk og rapportering, og rekruttering og kvalifisering av personell innen pleie- og omsorgssektoren.
- Kap. 701 Forskning og forsøksvirksomhet, post 21 Spesielle driftsutgifter: Evaluering av fastlegereformen. Studier av primærlegetjenesten. Tilskudd til senter for samisk helseforskning ved UiTø, herunder finansiering av helse- og levekårsundersøkelse i samiske områder. Tilskudd til Senter for helseadministrasjon.
- Kap. 732 Regionale helseforetak, post 74: Psykiatrisk forskningssenter i Finnmark. Program for faglig utvikling og forskning ved UiTø.
- Kap. 707 Nasjonalt folkehelseinstitutt, post 21 Formidlingsvirksomhet: Programmet Den norske mor og barn undersøkelsen.
- Kap. 719 Helsefremmende og forebyggende arbeid, post 21 Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren: Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) og driftsstøtte til Norsk institutt for genøkologi.
- Kap. 739 Andre utgifter, post 21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren: Utvikling av kvalitetsindikatorer og variasjon i klinisk praksis for sykehus ved HELTEF og SINTEF-Unimed. Driftstilskudd til SINTEF-Unimed Norsk institutt for sykehusforskning og Evaluering av innsatsstyrt finansiering, herunder kompetanseoppbygging innen kvalitetsutvikling, sykehusadministrasjon og effektiv sykehusdrift ved sykehusene.
- Kap. 739 Andre utgifter, post 75 Kreftbehandling m.m.: Kreftforskning i regi av Senter for medisinsk metodevurdering, bl.a. diagnostisk test for prostatakreft, behandling av ovarialcancer og lindrende kreftbehandling, inkludert smertebehandling.
- Kap. 743 Statlige stimulerings tiltak for psykisk helsevern, post 60 Utredninger og utviklingsarbeid: Regionsentrene i barne- og ungdomspsykiatri som har som oppgaver undervisning, forskning- og utviklingsarbeid. Post 70 Tilskudd til forskning, videre- og etterutdanning:

Medfinansiering av Nasjonalt utviklings- og forskningssenter for atferdsproblematikk, i samarbeid med Barne- og familiedepartementet, Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og Justisdepartementet.

- Kap. 751 Apotekvesenet, post 70 Tilskudd til apotek: Tilskudd til drift av Institutt for farmakoterapi ved Universitetet i Oslo.

8.3 Forskningsdelen av regionsykehus-tilskuddet

Regionsykehusstilskuddet gis som et økonomisk bidrag for å ivareta det spesielle ansvar og de særskilte funksjoner som regionsykehusene har. Regionsykehusene skal blant annet utøve lands- og flerregionale funksjoner, herunder drift av kompetansesentere. Gjennom regionsykehusstilskuddet yter staten dels et generelt kostnadsbidrag til klinisk forskning som er del av pasientbehandlingen og dels et særskilt tilskudd til

bestemte forskningsprosjekter. Forskningsandelen av regionsykehusstilskuddet er foreslått økt med 10 mill. kroner i 2002. Det vises til nærmere omtale under kap. 730, post 72.

8.4 Forskning i regi av underliggende etater

I Nasjonalt folkehelseinstitutt, Kreftregisteret og Statens strålevern inngår FoU som en integrert del av virksomheten. Dette skjer dels via midler over etatenes egne budsjetter og dels via eksternt finansiert forskning.

En målsetning med fornyelsen av den sentrale sosial- og helseforvaltningen er å bedre utnyttelsen av innsamlede data og å høyne kvaliteten på forskningen. For å sikre gode data til forskningsmiljøer både i og utenfor forvaltningen skal Nasjonalt folkehelseinstitutt ha oppgaver innen innsamling og behandling av data til/fra sentrale helseregistre og befolkningsundersøkelser.

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

Kap/post	Betegnelse	Forslag 2002
707.01	Nasjonalt folkehelseinstitutt. Driftsutgifter	254 200
715.01	Statens strålevern. Driftsutgifter	49 500
716.70	Kreftregisteret.	33 800

Statens institutt for rusmiddelforskning skal bidra til økt kunnskap omkring bruk og misbruk av rusmidler og andre avhengighetsskapende stoffer, med særlig vekt på sosialvitenskapelige problemstillinger. Instituttets forskning kan deles inn i 5 hovedområder: rusmiddelmarkedet, rus-

middelbruk og rusmiddelkultur, forebyggende tiltak, konsekvenser av rusmiddelbruk, samt behandling og omsorg. Instituttets virksomhet blir finansiert gjennom statlig driftstilskudd og egenfinansierte forskningsprosjekter.

Kap 612 Statens institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon. FoU-andelen er ikke beregnet (Beløp i 1000 kr)

Kap/post	Betegnelse	Forslag 2002
612.01	Statens institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon. Driftsutgifter	23 100

9 Sektorovergrepene miljøvernpolitikk

Et sunt og helsefremmende miljø er en forutsetning for god helse. En viktig oppgave for helse-

myndighetene er å forstå og analysere vekselvirkninger mellom menneskelige aktiviteter og det fysiske og biologiske miljøet. Kunnskap om dette er grunnlaget for å iverksette målrettede og forbedrende tiltak. Ofte vil tiltak høre inn under andre

sektors ansvarsområder, slik som utforming av arbeidsmiljøet, trafikkregulering, fysisk tilrettelegging og utforming av barnehager og skoler, bo- og nærmiljø. Dette krever god koordinering og kommunikasjon med andre sektorer.

Mennesker eksponeres kontinuerlig for fysiske, kjemiske og biologiske faktorer. Mange av disse eksponeringene forekommer i så beskjeden grad, så kortvarig og/eller så sjelden, at negative helseeffekter ikke opptrer. I noen tilfeller er eksponeringen tilstrekkelig til at de biologiske forsvarsmekanismene i kroppen overskrides slik at helseskade og sykdom utløses. Det er ytterst sjelden at miljøforurensning fører til spesifikke sykdomstilstander som er forskjellige fra de som vanligvis forekommer. Slik påvirkning vil i stedet øke hyppigheten av vanlige sykdommer og virke som en delårsak sammen med andre faktorer.

Miljøfaktorer i omgivelsene kan være medvirkende årsaksfaktorer til en rekke sykdommer og skader. Noen mennesker kan av genetiske årsaker, helse eller ernæring være mer følsomme overfor miljøeksponeringer enn andre. Mye taler også for at det er den samlede miljøpåvirkning som er helseskadelig.

Det er også viktig å fokusere på miljørelaterte helsegoder, eller de positive miljøfaktorene. Stikkord for dette er stedskvalitet, identitet og tilhørighet, estetikk, friluftsliv, natur- og kulturopplevelse, rekreasjon og muligheter for fysisk aktiv utfoldelse. Hvordan samfunnet planlegges rent fysisk, kan virke helsefremmende på mange områder.

Sammen med Miljøverndepartementet har Sosial- og helsedepartementet utarbeidet Handlingsplan for miljø og helse som regjeringen la fram i 2000. Et hovedmål i planen er at Norge skal utvikle og iverksette en samordnet strategi for miljø og helse som bidrar til en økologisk bærekraftig utvikling, verner mot miljøfarer og sikrer miljøkvaliteter slik at hele befolkningen kan leve i sunne og helsefremmende miljøer.

Handlingsplanen for miljø og helse vil kunne fungere som et rammeverktøy for forvaltningsnivåene når de skal utvikle sine planer både på areal- og samfunnsplansiden. Handlingsplanen omhandler, i tillegg til hovedretningslinjer og prinsipper for arbeidet, uteluft og inneklimate, støy, drikkevann, fremmedstoffer i mat, helsefarlige kjemikalier, ulykker, stråling, friluftsliv og kultur og miljø. Planen er delvis en videreføring av eksisterende handlingsplaner, men omhandler også nye områder.

Sosial- og helsedepartementet arbeider med en ny generell forskrift om miljørettet helsevern i kommunene. Siktemålet er å gjøre forskriftsver-

ket etter lov om helsetjenesten i kommunene enklere og mer oversiktlig. Det vil bli utarbeidet en metodebeskrivelse for konsekvensutredninger av tiltak som kan ha betydning for helse og trivsel.

Handlingsplanen for forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid, 1997 – 2002, vil bidra til å forebygge ulykker og begrense skadekonsekvenser gjennom samordnet innsats og forpliktende samarbeid mellom ulike samfunnssektorer. Foruten å stimulere til lokalt engasjement, legges det vekt på informasjon, kompetanseheving, samarbeidstiltak og på å oppnå en bedre ulykkes- og skadestatistikk.

Handlingsplan for astma, allergi og inneklimate sykdommer, 1998 – 2002, fokuserer særlig på barns og unges oppvekstvilkår og retter seg mot hjem, barnehager og skoler, helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Handlingsplanen har konkrete forslag til tiltak og sektorvise resultatmål som forplikter de forskjellige samfunnssektorene og forvaltningsorganene.

Regionsykehuset i Tromsø har opprettet et nasjonalt overvåkingssystem for resistens hos mikrober (NORM). Dette er en oppfølging av regjeringens «Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens, 2000 – 2004. Tiltaksplanen er undertegnet av 5 statsråder og bygger i stor grad på samordning og samarbeid over sektorgrensene. En utvikling av resistens mot antibiotika kan få svært alvorlige konsekvenser for enkeltindivid og samfunn, og det er viktig at landet vedlikeholder den gunstige situasjonen vi har på dette området.

Det nasjonale program for vannforsyning er videreført for en ny fem-årsperiode fra år 2000. Programmet vil bistå vannverkene i å levere vann som tilfredsstillende kravene. Fortsatt er det ca. 500 000 personer som mottar drikkevann som ikke blir desinfisert, og det er viktig å oppgradere norske vannverk, slik at forsyningen av vann i tilfredsstillende mengde og kvalitet til drikke, andre næringsformål og hygienisk bruk sikres. Programmet løper parallelt med et eget forskningsprogram som skal understøtte vannforsyningsprogrammet.

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

De nyopprettede virksomhetene i den sentrale sosial- og helseforvaltning, Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt, samt Statens helsetilsyn og fylkeslegene gir sentrale og lokale helsemyndigheter råd om, samt utreder og deltar i overvåking av miljøforurensning og miljøgifter. Ved alle fylkeslegekontorene er det nå opprettet rådgivere for forebyggende helsearbeid slik at statlige planer og tiltak lettere kan bli iverksatt på lokalplanet.

Statens strålevern har arbeidet med å kartlegge og overvåke ioniserende stråling i lokalmiljøet og mulige helseeffekter av disse. I samarbeid med Landbruksdepartementet og Statens

næringsmiddeltilsyn blir norske matvarer kontrollert for mulig radioaktiv forurensning, og tiltak iverksettes når måleresultatene tilsier det.

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

9.1 Den samlede budsjettmessige miljøvernpolitiske satsing

Institusjon	(mill. kr)		
	2000	2001	2002
Statens institutt for folkehelse ¹⁾	42,5	44	-
Statens strålevern	19,3	27,9	40,7
Statens helsetilsyn	8,6	9,7	10,8
Statens tobakksskaderåd ²⁾	20,5	21,0	-
Kreftregisteret	16,8	17,2	22,2
Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet ²⁾	2,0	2,5	-
Nasjonalt folkehelseinstitutt	-	-	45
Sosial- og helsedirektoratet	-	-	24,5
Sum	109,7	122,3	143,2

¹⁾ Er vedtatt skal i hovedsak inngå i det nyopprettede Nasjonalt folkehelseinstitutt

²⁾ Er vedtatt skal inngå i det nyopprettede Sosial- og helsedirektoratet

10 Oversiktstabeller

Forslag til statsbudsjett for 2002 under programområde 09 Sosiale formål og 10 Helsevern.

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

Utgifter fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
Administrasjon					
0600	Sosial- og helsedepartementet (jf. kap. 3600)	166 694	164 800	189 500	15,0
0604	Etat for rådssekretariat og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v. (jf. kap. 3604)	100 087	96 900		-100,0
	<i>Sum kategori 09.00</i>	266 781	261 700	189 500	-27,6
Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmisbruk m.v.					
0610	Rusmiddeldirektoratet (jf. kap. 3610)	132 663	85 380		-100,0
0612	Statens institutt for rusmiddel- forskning (jf. kap. 3612)	8 413	21 100	23 100	9,5
0614	Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmisbrukere m.v.	232 581	226 100	319 100	41,1
0616	Statens klinikk for narkomane (jf. kap. 3616)	24 747	20 530		-100,0
	<i>Sum kategori 09.10</i>	398 404	353 110	342 200	-3,1
Kontantytelser					
0660	Krigspensjon	1 025 362	1 003 000	962 000	-4,1
0664	Pensjonstrygden for sjømenn	194 206	185 000	178 600	-3,5
0666	Avtalefestet pensjon (AFP)	438 541	497 000	589 000	18,5
	<i>Sum kategori 09.60</i>	1 658 109	1 685 000	1 729 600	2,6
Eldre og funksjonshemmede					
0670	Tiltak for eldre	2 787 041	3 505 700	61 500	-98,2
0673	Tiltak for funksjonshemmede	1 219 668	1 179 750	1 251 700	6,1
0674	Handlingsplan for funksjons- hemmede	70 824	86 600	45 600	-47,3
0675	Tiltak for eldre og funksjons- hemmede	59 449	86 600	94 700	9,4
0676	Kompetansesentra for funksjons- hemmede	69 476	117 850	71 900	-39,0
	<i>Sum kategori 09.70</i>	4 206 458	4 976 500	1 525 400	-69,3
	Sum programområde 09	6 529 752	7 276 310	3 786 700	-48,0

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
Sosial- og helseforvaltning m.m.					
0700	Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 3700)	239 428	231 450	241 000	4,1
0701	Forskning og forsøksvirksomhet	110 531	162 800	152 300	-6,4
0702	Nemnd for bioteknologi	5 743	5 820		-100,0
0703	Helsetjenesten for innsatte i fengsel	67 016	68 770	67 200	-2,3
0704	Giftinformasjonssentralen (jf. kap. 3704)	11 032	11 900		-100,0
0705	Kursvirksomhet og stipendier	118 059	129 500	177 800	37,3
0706	Sosial- og helsedirektoratet			319 300	
0707	Nasjonalt folkehelseinstitutt			377 300	
	<i>Sum kategori 10.00</i>	551 809	610 240	1 334 900	118,8
Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering					
0710	Statens institutt for folkehelse (jf. kap. 3710)	400 590	317 600		-100,0
0711	Statens rettstoksikologiske institutt (jf. kap. 3711)	85 028	51 860	55 200	6,4
0712	Statens helseundersøkelser (jf. kap. 3712)	53 002	47 620		-100,0
0713	Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (jf. kap. 3713)	39 122	36 500		-100,0
0714	Statens tobakksskaderåd (jf. kap. 3714)	44 238	42 400		-100,0
0715	Statens strålevern (jf. kap. 3715)	107 104	80 550	80 500	-0,1
0716	Kreftregisteret (jf. kap. 3716)	41 308	32 600	33 800	3,7
0718	Rehabilitering	114 878	11 400	18 350	61,0
0719	Helsefremmende og forebyggende arbeid	120 150	118 250	123 900	4,8
	<i>Sum kategori 10.10</i>	1 005 420	738 780	311 750	-57,8
Spesialisttjenester					
0730	Statlig helsetjeneste	17 422 384	18 596 200	18 685 000	0,5
0731	Rikshospitalet	1 242 528	1 015 100		-100,0
0732	Regionale helseforetak			28 906 000	

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
0733	Nasjonalt råd for spesialist- utdanning av leger og legefording	4 859	4 700		-100,0
0734	Det norske Radiumhospital	290 200	298 600		-100,0
0735	Statens senter for epilepsi (jf. kap. 3735)	135 230	131 300		-100,0
0737	Barnesykehus (jf. kap. 3737)	44 060	43 900		-100,0
0738	Helsetjenesten på Svalbard (jf. kap. 3738)	13 471	12 500		-100,0
0739	Andre utgifter	814 377	937 750	1 526 200	62,8
	<i>Sum kategori 10.30</i>	19 967 109	21 040 050	49 117 200	133,4
	Psykisk helse				
0740	Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (jf. kap. 3740)	825			
0742	Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter	22 370	24 200	25 900	7,0
0743	Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse	1 629 367	2 103 600	2 605 100	23,8
0744	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede			30 000	
	<i>Sum kategori 10.40</i>	1 652 562	2 127 800	2 661 000	25,1
	Legemidler				
0750	Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578)	88 143	103 450	112 200	8,5
0751	Apotekvesenet (jf. kap. 3751 og 5577)	69 958	74 600	76 800	2,9
	<i>Sum kategori 10.50</i>	158 101	178 050	189 000	6,1
	Helse- og sosialberedskap				
0797	Helse- og sosialberedskap	12 093	12 000	12 300	2,5
	<i>Sum kategori 10.90</i>	12 093	12 000	12 300	2,5
	Sum programområde 10	23 347 094	24 706 920	53 626 150	117,0
	Sum utgifter	29 876 846	31 983 230	57 412 850	79,5

Inntekter fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
Administrasjon					
3600	Sosial- og helsedepartementet (jf. kap. 600)	3 961	5	5	0,0
3604	Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v. (jf. kap. 604)	6 374			
	<i>Sum kategori 09.00</i>	10 335	5	5	0,0
Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmisbruk m.v.					
3610	Rusmiddeldirektoratet (jf. kap. 610)	16 704	8 896		-100,0
3612	Statens institutt for rusmiddel- forskning (jf. kap. 612)	913	330	340	3,0
3616	Statens klinikk for narkomane (jf. kap. 616)	15 836	17 232		-100,0
5527	Vinmonopolavgiften m.m.	40 918	19 700	31 700	60,9
5631	Aksjer i A/S Vinmonopolet	30 357	42 202	33 102	-21,6
	<i>Sum kategori 09.10</i>	104 728	88 360	65 142	-26,3
	Sum programområde 09	115 063	88 365	65 147	-26,3
Sosial- og helseforvaltning m.m.					
3700	Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 700)	24 963	10 793	11 100	2,8
3702	Nemnd for bioteknologi (jf. kap. 702)	47			
3704	Giftinformasjonssentralen (jf. kap. 704)	42			
3706	Sosial og helsedirektoratet			9 300	
3707	Nasjonalt folkehelseinstitutt			72 300	
	<i>Sum kategori 10.00</i>	25 052	10 793	92 700	758,9
Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering					
3710	Statens institutt for folkehelse (jf. kap. 710)	160 601	67 609		-100,0
3711	Statens rettstoksikologiske institutt (jf. kap. 711)	26 942	752	800	6,4

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
3712	Statens helseundersøkelser (jf. kap. 712)	7 709	2 631		-100,0
3713	Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (jf. kap. 713)	3 182	67		-100,0
3714	Statens tobakksskaderåd (jf. kap. 714)	2 780	46		-100,0
3715	Statens strålevern (jf. kap. 715)	54 026	31 349	32 300	3,0
3716	Kreftregisteret (jf. kap. 716)	9 515	1 164		-100,0
	<i>Sum kategori 10.10</i>	264 755	103 618	33 100	-68,1
	Spesialisttjenester				
3733	Nasjonalt råd for spesialist- utdanning av leger og legefording (jf. kap. 733)	277			
3735	Statens senter for epilepsi (jf. kap. 735)	89 392	82 825		-100,0
3737	Barnesykehus (jf. kap. 737)	6 924	5 057		-100,0
3738	Helsetjenesten på Svalbard (jf. kap. 738)	3 125	1 432		-100,0
3739	Behandlingsreiser til utlandet (jf. kap. 739)		10 000	10 300	3,0
	<i>Sum kategori 10.30</i>	99 718	99 314	10 300	-89,6
	Legemidler				
3750	Statens legemiddelverk (jf. kap. 750)	2 808	159	1 000	528,9
3751	Apotekvesenet (jf. kap. 751)	674	212	200	-5,7
5577	Avgift til staten av apotekenes omsetning (jf. kap. 751)	104 578	105 300	131 300	24,7
5578	Avgift på farmasøytiske spesialpreparater (jf. kap. 750)	75 978	90 950	98 700	8,5
	<i>Sum kategori 10.50</i>	184 038	196 621	231 200	17,6
	Sum programområde 10	573 563	410 346	367 300	-10,5
	Sum inntekter	688 626	498 711	432 447	-13,3

11 Stillings- og årsverkoversikt

Årsverk pr. 1. mars 2000 og pr 1. mars 2001 i henhold til Statens sentrale tjenestemannsregister¹⁾

		Årsverk pr. 1/3-00	Årsverk pr. 1/3-01
600	Sosial- og helsedepartementet	309	327
604	Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v.1)	67	77
610	Rusmiddeldirektoratet	53	28
612	Statens institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon	16	23
616	Statens klinikk for narkomane	49	46
	Sum område 09 Sosiale formål	494	501
700	Statens helsetilsyn og fylkeslegene	490	446
702	Nemnd for bioteknologi	5	5
704	Giftinformasjonssentralen	14	20
710	Statens institutt for folkehelse	435	438
711	Statens rettsstoksikologiske institutt	94	96
712	Statens helseundersøkelser	79	82
713	Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet	17	18
714	Statens tobakkskaderåd	15	19
715	Statens strålevern	88	92
716	Kreftregisteret	52	60
731	Rikshospitalet	3 632	3 710
733	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger	8	6
734	Det norske Radiumhospital	1 346	1 412
735	Statens senter for epilepsi	227	231
737	Barnesykehus	88	90
738	Helsetjenesten på Svalbard	19	19
750	Statens legemiddelkontroll	114	
750	Statens legemiddelverk		139
	Sum område 10 Helsevern	6 723	6 883
	Sum områdene 09 og 10	7 217	7 384

		Årsverk pr. 1/3-00	Årsverk pr. 1/3-01
	Folketrygden:		
2600	Trygdeetaten	7 097	7 232
2603	Trygderetten	60	61
	Sum område 29 Sosiale formål	7 157	7 293
	Sum Sosial- og helsedepartementet	14 374	14 677

¹⁾ Et flertall av virksomhetene vil bli berørt av den statlige overtakelse av spesialisthelsetjenesten og fornyelsen av den sentrale sosial- og helseforvaltningen, jf. nærmere omtale under pkt. 6 i innledningen, og under kap. 706 Sosial- og helsedirektoratet, kap. 707 Nasjonalt folkehelseinstitutt og kap. 732 Regionale helseforetak.

12 Garantiordninger

Oversikt over garantifullmakter (i mill. kroner)

	Utbetalt i 1998 pr. 31.12.98	Garanti- ansvar pr. 31.12.99	Fullmakt nye garanti- tilsagn 2000	Forslag nye garanti-til- sagn 2001	Ramme garanti- ansvar 2001
Garanti for lån til opprettelse og overtakelse av apotek	0	358,6	50,0	0	400,0

Statsgaranti for opprettelse og overtakelse av apotek

Under gammel apoteklov var det anledning for apotekere å søke om statsgaranti for lån i forbindelse med overtakelse av eksisterende apotek. Hvert år har det blitt avsatt en garantiramme på 50 mill. kroner, dog slik at det samlede garantiansvar ikke overstiger 400 mill. kroner.

Ny apoteklov trådte i kraft 1. mars 2001. Departementet har ikke sett det som naturlig å

videreføre ordningen med statsgaranterte lån i en situasjon der etableringen preges av friere konkurranse og der eierne blir underlagt tilsvarende forretningsmessige rammevilkår som næringslivet for øvrig. Statsgarantier for lån anses således ikke nødvendig for å sørge for tilstrekkelig kapitaltilførsel til apotekvesenet, se også Ot.prp. nr. 29 (1998-99), kap. 13.3.9. Anledningen til å søke om statsgaranti for i år ble derfor avvirket 1. januar 2001. Staten vil selvsagt stå ved de garantier som allerede er gitt.

13 Bruk av stikkordet «kan overføres»

Under Sosial- og helsedepartementet blir stikkordet foreslått knyttet til disse postene utenom postgruppe 30-49

(i 1 000 kr)

Kap.	Post	Betegnelse	Overført til 2001	Forslag 2002
0600	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold		6 600
0610	70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid	467	
0614	63	Utvikling av sosialtjenesten og rusmiddeltiltak	3 113	240 400
0670	61	Tilskudd til omsorgstjenester	1 594	50 800

(i 1 000 kr)

Kap.	Post	Betegnelse	Overført til 2001	Forslag 2002
0670	62	Styrking av geriatri	469	
0673	62	Tilskudd til utskriving av unge funksjonshemmede		31 800
0673	65	Prøveløslatelse	2 666	87 500
0674	21	Spesielle driftsutgifter	18 317	
0700	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold		500
0706	71	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid		59 950
0707	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold		6 200
0711	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold		8 100
0719	21	Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren	152	38 100
0719	66	Handlingsplan mot selvmord	527	
0719	70	Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien og smittevern	596	26 600
0730	64	Tilskudd til utstyr på sykehus	1 768	
0730	66	Helseregionale og andre samarbeidstiltak	490	
0732	70	Tilskudd til helseforetakene		28 800 000
0739	64	Tilskudd til RIT 2000	8 548	
0739	65	Kreftbehandling m.m.	21 614	
0739	75	Kreftbehandling m.m.		347 200
0739	76	Tilskudd til RIT 2000		445 600
0743	60	Utredninger og utviklingsarbeid	18 599	
0743	61	Tilskudd til psykososialt arbeid for flyktninger	12 977	
0743	62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner	1 565	1 062 000
0743	63	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern i fylkene	5 455	
0743	64	Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern for voksne	39 756	
0743	65	Utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom	118 238	
0743	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid	7 013	236 800
0743	73	Tilskudd til psykososialt arbeid for flyktninger		21 700
0743	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern		1 028 800
0743	76	Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern		158 600
0750	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold		5 000

Del II
Budsjettforslaget

Programkategori 09.00 Administrasjon m.v.

Utgifter under programkategori 09.00 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
0600	Sosial- og helsedepartementet (jf. kap. 3600)	166 694	164 800	189 500	15,0
0604	Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v. (jf. kap. 3604)	100 087	96 900		-100,0
	Sum kategori 09.00	266 781	261 700	189 500	-27,6

Utgifter under programkategori 09.00 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post- gr.	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
01-23	Statens egne driftsutgifter	204 988	200 300	182 900	-8,7
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	8 474	6 600	6 600	0,0
70-89	Andre overføringer	53 319	54 800		-100,0
	Sum kategori 09.00	266 781	261 700	189 500	-27,6

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

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter	158 220	158 200	182 900
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	8 474	6 600	6 600
	Sum kap 0600	166 694	164 800	189 500

Overført fra 2000 til 2001:
Post 01: 2 784 000 kroner
Post 45: 1 058 000 kroner

Kapitlet dekker driftsutgifter til Sosial- og helsedepartementet.

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

Departementets organisering m.m.

Det pågår en omfattende prosess med funksjons- og oppgavefordeling mellom Sosial- og helsedepartementet, Sosial- og helsedirektoratet, Nasjonalt Folkehelseinstitutt og Statens helsetilsyn. Denne prosessen vil danne grunnlag for overføring av personell og budsjettmessige justeringer mellom etatene.

Sosial- og helsedepartementet vil komme tilbake til Stortinget med eventuelle ytterligere budsjettmessige implikasjoner av omorganiseringen av sentral sosial- og helseforvaltningen i RNB 2002.

Det tas sikte på i løpet av høsten 2001 å opprette en avdeling i Sosial- og helsedepartementet som skal ivareta eierstyringen av de regionale helseforetakene.

Spesifikasjon av eksisterende råd, nemnder og utvalg pr. 1. september 2001:

Råd:

- Rusmiddelpolitisk råd
- Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet

Utvalg/arbeidsgrupper:

- Forsikringsselskapers rett til helseopplysninger
- Klageorgan – Vinmonopolet
- Miljørettet helsevern og næringsmiddeltilsyn
- Blodbankstruktur
- Nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet.

Budsjettforslag for 2002**Post 01 Driftsutgifter***Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten*

I forbindelse med arbeidet med statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten vil det være behov for bl.a. ytterligere juridisk kompetanse i Sosial- og helsedepartementet, bl.a. i forhold til drift av nemd og eventuelle tvisteløsninger og ny kompetanse på økonomisiden. Bevilgningen foreslås økt med 20 mill. kroner.

Antall årsverk var 309 pr. 1. mars 2000 og 327 pr. 1. mars 2001 i følge det sentrale tjenestemannsregisteret.

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

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
02	Salg av publikasjoner m.v.	263	5	5
16	Refusjon fødselspenger	2 564		
17	Refusjon lærlinger	30		
18	Refusjon sykepenger	1 104		
	Sum kap 3600	3 961	5	5

Bevilgningen under kap. 600 Sosial- og helsedepartementet, post 01 Driftsutgifter kan overskrides med tilsvarende beløp som inntektene

under post 16 Refusjon fødselspenger, post 17 Refusjon lærlinger og post 18 Refusjon sykepenger utgjør.

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

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert budsjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter	46 768	42 100	
70	Tilskudd til frivillighetssentraler	53 319	54 800	
	Sum kap 0604	100 087	96 900	

Overført fra 2000 til 2001:

Post 01: 1 917 000 kroner

Post 01 Driftsutgifter

Som ledd i omorganiseringen av den sentrale sosial- og helseforvaltningen er det vedtatt at Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v. fra 2002 skal inngå i et nytt Sosial- og helsedirektorat. Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v. omfatter i 2001 følgende enheter: Sekretariatene for Frivillighetens samarbeidsorgan (FRISAM), Statens eldreråd, Statens råd for funksjonshemmede og Fordelingsnemnda for tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner, videre Avdeling for sjeldne funksjonshemninger, Trenings- og Rådgivnings Senteret (TRS) og Tannhelsekompetansesenteret for sjeldne medisinske tilstander (TAKO). Fra 1. april 2001 ble DELTA-senteret en virksomhet under etaten. Sekretariatet for rådgivende gruppe som skal følge praktiseringen av sosialtjenestelovens kap. 6A var lagt til etaten. Etaten har også utført enkelte informasjons- og utredningsoppdrag for departementet.

I omtalen av kap. 604, post 01 gis resultatrapportering for 2000 for virksomhetene under Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver. For nærmere omtale av Sosial- og helsedirektoratet vises det til nytt kap. 706 Sosial- og helsedirektoratet.

Resultatrapport

FRISAM (Frivillighetens samarbeidsorgan)

FRISAM er et kompetansesenter for og skal stimulere til frivillig virksomhet, herunder forvaltning av tilskuddsordningen til frivillighetssentralene. Videre drives informasjonsvirksomhet, kompetanseutvikling, initieres FOU virksomhet, og gis veiledning og støtte ved oppstart av frivillighetssentraler. Styret har et delegert ansvar for

del av senterets virksomhet. FRISAM kontaktforum er en autonom drøftings- og møteplass for frivillige organisasjoner og offentlige myndigheter.

Kontaktforum er en møteplass og debattarena for ulike typer frivillige organisasjoner og offentlige myndigheter. Arbeidet med oppretting av frivillighetssentraler i 2000, er omtalt under kap. 604, post 70 og nytt kap. 706, post 70.

Statens eldreråd

Statens eldreråd gir råd til offentlige myndigheter og institusjoner om forhold vedrørende eldres levekår og livsvilkår. Rådet fokuserer på eldres behov, krav på medbestemmelse og deltakelse, uavhengighet, selvutfoldelse, omsorg og verdighet. Rådets virksomhet bygger på FNs prinsipper for eldre i verden.

Rådet vedtok i 1998 et langtidsprogram. Overordnet mål er å bedre levekårene for eldre generelt og eldre med særskilte behov for tiltak spesielt. Rådet svarer på henvendelser, gir høringsuttalelser og innspill til arbeid med offentlige dokumenter, driver informasjonsvirksomhet og deltar i møtevirksomhet nasjonalt og internasjonalt.

Rådgivning var i hovedsak på disse tema:

- sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester
- boligsatsingen/-utforming i eldresektoren
- innhold og kvalitet i omsorgstjenestene og personellsituasjonen i helse- og sosialsektoren

Statens råd for funksjonshemmede

Statens råd for funksjonshemmede gir offentlige myndigheter råd om utformingen og gjennomføringen av politikken for funksjonshemmede og driver utadrettet informasjon. Rådets hovedmål er like muligheter og full deltaking for funksjonshemmede i samfunnet.

Med utgangspunkt i sitt arbeidsprogram 1999 – 2003, har rådet gjennom dialog med myndighe-

ter o.a. bidratt til gjennomføringen av handlingsplanen for funksjonshemmede. Rådet har fulgt opp utvalget som utreder strategier og virkemidler for full deltaking og likestilling for funksjonshemmede og forberedt WHO-konferansen «Rethinking Care». Samarbeidet med Uganda om oppfølging av FNs standardregler har ført til en avtale mellom Uganda og Norge om finansiell støtte. Rådet har egen hjemmeside og har videreført arbeidet med rådgivning ovenfor departementer med ansvar knyttet til politikkområdet funksjonshemmede.

Fordelingsnemnda for tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner

Nemnda består av 5 medlemmer som er oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet etter forslag fra funksjonshemmedes organisasjoner. Nemnda fordeles tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner (kap. 673, post 75), likemannsarbeid (kap. 673, post 73) og brukerorganisasjoner innen psykisk helse (kap. 743, post 70). Omtale av tilskuddsordningene er gitt under de nevnte bevilgninger. Departementet vil oppnevne ny nemnd for perioden 2002 – 2005.

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

Etaten koordinerer og videreutvikler landsdekkende tiltak for små og mindre kjente grupper funksjonshemmede. Med dette menes medfødte og sammensatte sykdommer og tilstander med inntil 100 kjente individer pr. mill. innbyggere. Det er relativt mange smågrupper, slik at en ikke har kunnet bygge opp et landsdekkende tilbud til alle samtidig. Etaten gir departementet råd om tiltak innen dette feltet, og fordeler statstilskudd.

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

Koordinering og videreutvikling av landsdekkende tiltak har vært en prioritert oppgave. I desember 2000 ble det for første gang sendt ut et rundskriv som viser fordelingen av diagnosegruppene mellom sentrene. Det skal kun være ett senter med kompetanseansvar for en diagnose-

gruppe. Det har ført til at nye diagnosegrupper får et tilbud. Ansvaret for sjeldne tilstander uten klar diagnose er lagt til Frambu. I 2000 hadde ca. 60 diagnosegrupper et kompetansesentertilbud. I 2001 har vel 90 diagnosegrupper et tilbud. I tillegg gir TAKO-senteret (Tannhelsekompetansesenteret) tilbud til alle sjeldne tilstander med oralmedisinske problemer. En gratis informasjonstelefon (grønn telefon) er etablert. Det er utviklet grunnlag for en database som skal være tilgjengelig via internett. En egen hjemmeside om sjeldne funksjonshemninger er i drift tidlig i 2001. I 2000 mottok avdelingen 188 henvendelser om at 132 diagnoser.

Trenings- og Rådgivnings Senteret (TRS)

TRS er et nasjonalt kompetansesenter for 7 sjeldne diagnosegrupper og en rekke liknende tilstander. Senteret er i stor grad organisert utfra brukernes behov, er brukerstyrt og tilbyr sine tjenester i nært samarbeid med disse. TRS er et supplement til det ordinære hjelpeapparat innen alle sektorer og nivåer. Hovedmålet er å samle, utvikle og spre ny kunnskap og kompetanse om senterets diagnosegrupper og gi tilbud om råd, veiledning og oppfølging til brukere, pårørende og hjelpeapparat. TRS utarbeider et bredt spekter av informasjonsmateriell.

Det var registrert 1096 brukere ved utgangen av 2000, en økning på 14 pst. i forhold til 1999. Det har vært en tilsvarende økning i antall opphold på senteret. Oppfølging i forhold til brukere og lokalt hjelpeapparat er økt med 25 pst. Utsendelse av diagnosespesifikt informasjonsmateriell er økt med 10 pst. TRS er evaluert av brukerne og fagpersoner gjennom en spørreundersøkelse gjennomført av SINTEF Unimed høsten 2000, som viser positiv respons på TRS arbeidsmetoder og resultater.

Tannhelsekompetansesenteret for sjeldne medisinske tilstander

Senteret har landsdekkende funksjoner for personer med sjeldne medisinske tilstander som fører til oralmedisinske problemer og gir informasjon, rådgivning og veiledning om sjeldne tilstander til tannhelsetjenesten, den øvrige helsetjenesten og eventuelt andre deler av hjelpeapparatet, bidrar til diagnostikk av sjeldne tilstander og gir behandling i spesielle tilfeller.

Brukergruppene representerte i 2000 ca. 300 ulike diagnoser, og det ble gitt 1016 konsultasjoner til 734 brukere, hvorav 240 nye.

Rådgivende gruppe som skal følge praktiseringen av sosialtjenestelovens kap. 6A (Rettigheter for og begrensninger og kontroll med bruk av makt og tvang overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning)

Gruppen består av 10 medlemmer og en sekretariatsleder og er med virkning fra 1. januar 1999 oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet. Gruppens funksjonstid varer fram til juli 2002. Gruppen følger med i praktiseringen av kap. 6A, vurderer praksis i forhold til rettssikkerhetsspørsmål og den faglige utviklingen, og gir myndighetene innspill om praksis og behov for regelendringer. Den gir råd til de organer som har forvaltningsansvar etter loven. Gruppen baserer sin virksomhet på bl.a. innhenting av skriftlig informasjon, møter med og rapport fra fylkesmennene og besøk i kommunene.

Gruppen har vært i full virksomhet i hht. mandatet.

DELTA-senteret

DELTA-senteret er statens kompetansesenter for deltakelse og tilgjengelighet for mennesker med

funksjonshemning. Det var fra 1997 til 31. desember 2000 et prosjekt administrert av Rikstrygdeverket, og fra 1. januar 2001 videreført som en permanent virksomhet. Fra 1. april 01 er det overført til Etat for rådssekretariater.

Senteret har deltatt i flere prosjekter og har sammen med andre arrangert flere konferanser og seminarer. Det vises for øvrig til omtale under kap. 2600, post 21.

Antall årsverk i etaten pr. 1. mars 2000 var 66,9 og 77 pr. 1. mars 2001. Fra og med 1. april 2001 er Delta-senteret, med 13 ansatte, overført Etat for rådssekretariater m.v.

Post 70 Tilskudd til frivillighetssentraler

Frivillighetens samarbeidsorgan (FRISAM) administrerer tilskuddsordningen. Som følge av omorganiseringen av den sentrale sosial- og helseforvaltningen vil Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver, hvor FRISAM inngår, bli overført til et nytt Sosial- og helsedirektorat fra 2002. Tilskuddsordningen er foreslått overført til nytt kap. 706, ny post 70.

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

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
02	Salgs- og leieinntekter m.m.	4 884		
16	Refusjon fødselspenger	273		
18	Refusjon sykepenger	1 217		
	Sum kap 3604	6 374		

Programkategori 09.10 Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmisbruk m.v.

Utgifter under programkategori 09.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
0610	Rusmiddeldirektoratet (jf. kap. 3610)	132 663	85 380		-100,0
0612	Statens institutt for rusmiddel- forskning (jf. kap. 3612)	8 413	21 100	23 100	9,5
0614	Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmisbrukere m.v.	232 581	226 100	319 100	41,1
0616	Statens klinikk for narkomane (jf. kap. 3616)	24 747	20 530		-100,0
	Sum kategori 09.10	398 404	353 110	342 200	-3,1

Utgifter under programkategori 09.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post- gr.	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
01-23	Statens egne driftsutgifter	103 951	100 910	55 400	-45,1
50-59	Overføringer til andre stats- regnskap	6 700	7 000	7 200	2,9
60-69	Overføringer til kommune- forvaltningen	194 982	148 700	240 400	61,7
70-89	Andre overføringer	92 771	96 500	39 200	-59,4
	Sum kategori 09.10	398 404	353 110	342 200	-3,1

Programkategori 09.10 omfatter:

- forsøks- og opplysningsvirksomhet knyttet til sosialtjenesten
- tiltak for å forebygge og redusere bruk av rusmidler
- behandling og rehabilitering av rusmiddelmisbrukere og prostituerte
- forskning og dokumentasjon
- internasjonalt samarbeid

Sosialtjenesten skal fremme økonomisk og sosial trygghet, forebygge sosiale problemer og bedre levevilkårene for vanskeligstilte. I samarbeid med andre instanser skal den arbeide for at mennesker med behov for hjelp blir i stand til å fungere selvstendig i samfunns- og arbeidslivet.

Det overordnede målet for rusmiddelpolitikken er å begrense de samfunnsmessige og individuelle skadene som bruk og misbruk av rusmidler kan føre med seg.

Formålet med bevilgningen er å bidra til utvikling av sosialtjenesten, til å begrense skadevirkningene av alkohol og hindre misbruk av narkotika.

Statens institutt for rusmiddelforskning, A/S Vinmonopolet, det nyopprettede Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har ansvar for sentrale oppgaver innenfor sosialtjenesten og det rusmiddelpolitiske området. Det vises til kapittelomtalene for nærmere beskrivelser av oppgaver og ansvarsområder.

Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten medfører at enkelte institusjoner/ avdelinger for behandling av rusmiddelmisbrukere, som er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, vil bli overført til de regionale helseforetakene fra 1.1.2002. Dette gjelder enkelte fylkeskommunale institusjoner/avdelinger for rusmiddelmisbrukere og Statens klinikk for narkomane (kap. 616/ 3616). Sosial- og helsedepartementet vil i løpet av høsten 2001 utrede en framtidig modell for tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere.

Kap. 0610 Rusmiddeldirektoratet (jf. kap. 3610)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter	42 824	27 180	
60	Forebyggende og kompetansegivende tiltak	33 434		
70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid, <i>kan overføres</i>	56 405	58 200	
Sum kap 0610		132 663	85 380	

Overført fra 2000 til 2001:

Post 01: 2 369 000 kroner

Post 70: 467 000 kroner

Som ledd i fornyelsen av den sentrale sosial- og helseforvaltningen er det vedtatt at Rusmiddeldirektoratet fra 2002 skal inngå i et nytt Sosial- og helsedirektorat. Under kapittel 610 presenteres resultatrapport for Rusmiddeldirektoratet for 2000. For en nærmere omtale av Sosial- og helsedirektoratet vises det til nytt kap. 706 Sosial- og helsedirektoratet.

Resultatrapport 2000

Hovedformålet med Rusmiddeldirektoratets virksomhet i 2000 har vært å bidra til å forebygge rusmiddelproblemer ved å fremme rusfri livsstil og miljøer, og ved forvaltning av og tilsyn med lovregulerte og kontrollerende tiltak. Som et ledd i omorganiseringen av det statlige arbeidet med forebygging av rusmiddelproblemer, ble en rekke oppgaver som tidligere er utført av Rusmiddeldirektoratet, overført til andre aktører med virkning fra 1. januar 2001.

Rusmiddeldirektoratet har også i siste år i planperioden hatt et sentralt gjennomføringsansvar for Handlingsplan for redusert bruk av rus-

middel (1998-2000), jf. St.prp. nr. 58 (1997-98). Planen var i første rekke en satsing på forebyggende rusmiddelarbeid, men omfattet dessuten styrking av tiltak for rusmiddelmisbrukere i kommunene. De viktigste tiltakene i Rusmiddeldirektoratets regi har vært:

- holdningskampanjen »VENT! Utsett alkoholdebuten» som et ledd i arbeidet for å heve debutalderen for bruk av alkohol
- de syv regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål er tilført ekstra ressurser for å legge til rette for kompetansesentrenes veiledningsfunksjon om rusmiddelundervisning og andre holdningsskapende tiltak i skolen
- stimulering av frivillig rusmiddelforebyggende arbeid gjennom tildeling av tilskudd til organisasjoner, foreninger, bedrifter m.v. for å opprettholde og styrke den brede oppslutningen som finnes om rusfrie arenaer og situasjoner knyttet til bl.a. oppvekst, graviditet, trafikk, idrett og arbeidslivet
- utvikling og implementering av det nasjonale dokumentasjonssystemet for tiltak for rusmiddelmisbrukere
- videreføring av innsatsen mot ulovlig omsetning av alkohol og narkotika gjennom prosjektet «Ansvarlig vertskap» og «Aksjon mot ulovlig spritomsetning»

- å bistå kommunene i utarbeidelse av rusmiddelpolitiske handlingsplaner
- videre arbeid med å effektivisere forvaltningen av forbudet mot alkoholreklame

Statistikk over tilgjengelighet, økonomi, skadevirkninger og kriminalitet knyttet til alkohol- og narkotikabruk ble, i samarbeid med Statens institutt for rusmiddelforskning, publisert i rapporten «Rusmidler i Norge». Den årlige datainnsamlingen om alkoholvaner ble gjennomført som et ledd i å vurdere det uregistrerte forbruket av alkohol.

Rapporten «Kommunenes forvaltning av alkoholoven» ble gitt ut med data for 1999.

Det ble gitt tilskudd til utvikling og gjennomføring av rusmiddelforebyggende tiltak i kommuner, og driftstilskudd til vertsfylkeskommunene for de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål med i alt 33,4 mill. kroner over post 60. Stimuleringsmidler til tiltaksutvikling i kommunene forvaltes fra 1. januar 2001 av de regionale kompetansesentrene.

Det ble dessuten fordelt tilskudd på til sammen 56,4 mill. kroner til frivillig rusmiddelforebyggende arbeid over post 70, og gitt drifts- og prosjekttilskudd til 19 rusmiddelpolitiske organisasjoner, Arbeidslivets komite mot alkoholisme og narkomani (AKAN) og Alko-kutt.

Direktoratet har samarbeidsavtaler med Norges Idrettsforbund og Olympiske komite og Kirkerådets rusmiddelutvalg. Norsk Narkotikapolitiforening har fått tilskudd til gjennomføring av en etterutdanningskonferanse. Det ble også ytt tilskudd til enkeltprosjekter i regi av andre frivillige organisasjoner som ikke har rusmiddelforebyggende arbeid som hovedmål.

Det ble gitt driftstilskudd til de fire organisasjonene tilknyttet Norsk senter for rusfri miljøutvikling (NSRM) samt tilskudd til 16 utviklingsprosjekter til medlemsbedriftene. Det ble fordelt investeringsstilskudd til alkoholfrie overnattings- og serveringssteder og allaktivitetshus for ungdom. I forbindelse med Stortingets behandling av St. prp. nr. 1 (1999-2000), jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 for 1999-2000, ba et flertall Regjeringen vurdere om tilskuddsordningen til nyetablering av alkoholfrie virksomheter og allaktivitetshus for ungdom bør slås sammen med driftstilskuddet til NSRM, og fordeles som rammetilskudd til drift og prosjekter i regi av organisasjonene i NSRM. Departementet anser at eksisterende tilskuddsordninger gir god fleksibilitet for prioritering av tiltak som knytter seg til etablering og utvikling av rusfrie miljøer, og at det er viktig å opprettholde konkurranse om tilskuddsmidler til formålet.

NSRM er sikret midler gjennom en egen tilskuddsordning, og kan søke om investeringsmidler innenfor tilskuddsordningen for tilskudd til alkoholfrie overnattingssteder mv. Departementet finner det derfor ikke hensiktsmessig å endre regelverkene for de berørte tilskuddsordningene.

Direktoratet produserte i 2000 11 nye publikasjoner/ undervisningsopplegg. Det ble formidlet 573.000 eksemplarer av ulikt informasjons- og opplysningsmaterieil. Direktoratet ga ut tidsskriftet «Nyvågar», som dekker de regionale kompetansesentrenes arbeidsfelt, og bidro med finansiering til tidsskriftet «Rus & avhengighet», som utgis av Universitetsforlaget.

Oppgaver knyttet til dokumentasjon og formidling av informasjon ble som et ledd i omorganiseringen av det statlige arbeidet med forebygging av rusmiddelproblemer, er overført til Statens institutt for rusmiddelforskning fra 1. januar 2001. Direktoratet overtok i 2000 ansvaret for å følge opp utviklingsprosjektet forebygging.no – en interaktiv nettdatabase om forebygging på rusmiddelområdet. Også denne oppgaven ble fra 1. januar 2001 overført til Statens institutt for rusmiddelforskning (kap. 0612).

Direktoratet hadde til og med 2000 det administrative ansvaret for de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, herunder ledelse av Norgesnett for sentrene. Direktoratet og kompetansesentrene deltok i gjennomføringen av handlingsplanen «Kunnskap og brubygging», som har som mål å styrke sosialtjenestens første linje.

Det ble også i 2000 registrert et økende antall henvendelser med spørsmål om alkohollovgivningen. Dette må bl.a. sees i sammenheng med den praktiske implementeringen av kunnskapsprøven etter alkoholoven. Direktoratet deltok i fora hvor forebygging av rusmiddelproblemer drøftes, og distribuerte informasjons- og undervisningsmaterieil om temaet.

Det ble i 2000 tildelt, etter søknad, 20 engrosbevillinger og 2 tilvirkningsbevillinger. Ved utgangen av året var det i alt 173 engros- og tilvirkningsbevillingshavere etter alkohollovens kap. 3 A. 31 bevillinger ble inndratt eller falt bort som følge av overdragelser eller konkurs. Det ble gjennomført 31 stedlige kontroller av bevillingshavere i tillegg til løpende dokumentkontroll.

Spritkontrollen behandlet i 2000 vel 9.000 søknader om kjøp av sprit/isopropanol. Det ble behandlet søknader om innførsel for 979 produkter, som enten var kosmetikk, essens, tinktur eller andre spritholdige varer, og utført 949 kontroller. Spritkontrollen, som administrerer regelverk

under Finansdepartementet, ble tilbakeført dette departementet fra og med 1. januar 2001.

I 2000 ble det registrert 48 nye saker om brudd på alkoholreklameforbudet. Direktoratet har i 2000 hatt spesiell fokus på reklame på TV og på Internett.

Antall årsverk i Rusmiddeldirektoratet i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 53,2 pr. 1. mars 2000 og 28 pr. 1. mars 2001.

Kap. 3610 Rusmiddeldirektoratet (jf. kap. 610)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert budsjett 2001	Forslag 2002
02	Salgs- og leieinntekter	1 362	1 236	
03	Gebyrinntekter	1 260		
04	Gebyrinntekter	13 137	7 660	
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	415		
17	Refusjon lærlinger	26		
18	Refusjon sykepenger	504		
	Sum kap 3610	16 704	8 896	

Post 02 Salgs- og leieinntekter

Inntekter i forbindelse med utleie av ledige lokaler i Thv. Meyersgt.

Post 04 Gebyrinntekter

Gebyrinntektene dekker utgiftene til administrasjon av bevillingsordningen for tilvirkning og engrossalg av alkoholholdig drikk, og omfatter både søknads- og bevillingsgebyrer.

Kap. 0612 Statens institutt for rusmiddelforskning (jf. kap. 3612)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert budsjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter	8 413	21 100	23 100
	Sum kap 0612	8 413	21 100	23 100

Overført fra 2000 til 2001:

Post 01: 409 000 kroner

Formål og hovedprioriteringer

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

Virksomheten skal fremskaffe kunnskap som kan danne grunnlag for planlegging og gjennomføring av rusmiddelpolitiske tiltak, samt bidra til langsiktig kompetanseoppbygging på rusmiddelområdet.

Instituttets ansvarsområde skal omfatte:

- forskning og forskningsformidling
- dokumentasjon
- bibliotektenester

Forskningen kan deles i fem hovedområder: rusmiddelmarkedet, rusmiddelbruk og rusmiddelkultur, forebyggende tiltak, konsekvenser av rusmiddelbruk, og behandling og omsorg. I tillegg drives det nasjonal og internasjonal dokumentasjon, bl.a. i forbindelse med at instituttet ivaretar kontaktfunksjonen for Norges deltakelse i EUs narkotikaovervåkingssenter (EMCDDA).

Instituttet inngår i departementets sektororganisering, og skal ha forskning som sin primæraktivitet. For å sikre kunnskapsspredning og tilgjengelighet til forskningsresultater, statistikk og fagmateriale for viktige målgrupper, herunder de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, skal instituttet også ha dokumentasjon, formidling og faktainformasjon som viktige oppgaver. Instituttets bibliotek skal være et nasjonalt kompetansebibliotek for rusmiddelspørsmål.

Instituttet skal arbeide for et tettere samarbeid med relevante universitets- og høyskolemiljøer, samt med andre fagmiljøer som har betydning for rusmiddelfeltet.

Resultatrapport 2000

Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA), som fra 01.01.2001 er videreført i SIRUS, hadde i 2000 i gang 30 ulike forskningsprosjekter. 5 av disse ble påbegynt, mens 2 ble avsluttet i 2000. Instituttets medarbeidere publiserte i alt 37 arbeider i 2000. Av disse er 27 klassifisert som vitenskapelige arbeider, mens 10 er av mer populær karakter. 17 vitenskapelige arbeider ble publisert i internasjonale tidsskrifter eller bøker. Instituttet var i 2000 vertskap for Kettil Bruun Societys årlige symposium.

Den årlige publikasjonen «Rusmidler i Norge», med statistikk over tilgjengelighet, økonomi, skadevirkninger og kriminalitet knyttet til alkohol- og narkotikabruk, ble utgitt i samarbeid mellom Rusmiddeldirektoratet og SIFA. På bakgrunn av data innrapportert fra kommunene, ble rapporten «Kommunenes forvaltning av alkohol-loven» publisert, også dette et samarbeidsprosjekt.

Tilstandsvurdering

SIRUS skal i 2002 avslutte den omfattende datainnsamlingen i det såkalte Kost-nytte-prosjektet. Prosjektet tar sikte på å finne ut om noen typer tiltak for narkotikamisbrukere gir bedre behandlingsresultater enn andre, sett i forhold til kostnadene. En del resultater ventes å bli klare i løpet av 2002.

Prosjektet Alkoholpolitikk og alkoholkonsum i et EU-perspektiv, skal fortsette i de kommende år. I 2002 vil det bl.a. bli publisert en doktoravhandling fra prosjektet. De nye utfordringene, som norsk alkoholpolitikk står overfor i forbindelse med at de nordiske EU-landene har måttet akseptere fulle EU-kvoter for privat alkoholinnsførsel fra 1.1.2004, vil bli fulgt opp forskningsmessig.

Forskningsplanene for 2001 omfattet 37 forskningsprosjekter. Mange av disse skal videreføres i 2002, men også nye prosjekter vil komme til, slik at det totale antallet vil ligge på omtrent samme nivå i 2002. SIRUS skal bl.a. videreføre de årlige datainnsamlingene som gjøres for å følge utviklingen i ungdommens rusmiddelvaner og narkotikasituasjonen i kommunene.

SIRUS er i en oppbyggingsfase som nasjonalt kontaktpunkt for EMCDDA. Instituttet skal i første omgang prioritere utarbeidelsen av den årlige rapporten om narkotikasituasjonen og etableringen av et nasjonalt nettverk i tilknytning til varslingsystemet for nye syntetiske rusmidler. Det nasjonale dokumentasjonssystemet for tiltakene for rusmiddelmisbrukere skal videreutvikles.

Satsingsområder og resultatmål for 2002

SIRUS skal videreføre og videreutvikle arbeidet med å holde oversikt over og framskaffe kunnskap om forbruk, tilgjengelighet, økonomi, skadevirkninger og kriminalitet knyttet til alkohol- og narkotikabruk.

Satsingsområdene for SIRUS skal omfatte forskning og forskningsformidling, dokumentasjon og informasjon. Instituttet skal utvikle samarbeid med praksisfeltet, og med forskningsinstitusjonene i inn- og utland. SIRUS skal særlig styrke sitt arbeid med sikte på å kunne vurdere effektene av ulike forebyggende tiltak. Studier av langtidseffekter av ulike behandlingsformer sett i forhold til behandlingskostnader vil også være et satsingsområde. Det er i tillegg særlig påkrevet å belyse faktorer som bidrar til overdoser av narkotika.

Merknader til budsjettforslaget

Post 01 Driftsutgifter

Antall årsverk i SIRUS i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 16 pr. 1. mars 2000 og 23 pr. 1. mars 2001. SIRUS hadde pr. 1. januar 2001 2 vitenskapelige ansatte på eksterne midler.

Kap. 3612 Statens institutt for rusmiddelforskning (jf. kap. 0612)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
02	Oppdragsinntekter	618	330	340
16	Refusjon fødselspenger	295		
	Sum kap 3612	913	330	340

Post 02 Oppdragsinntekter

Statens institutt for rusmiddelforskning kan øke utgiftene (kap. 0612) mot tilsvarende merinntek-

ter (kap. 3612) jf. romertallsvedtak. Dersom inntekten blir mindre enn det som er ført opp, må instituttet gjennomføre en tilsvarende innsparing under kap. 0612 post 01.

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

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
21	Spesielle driftsutgifter	27 967	32 100	32 300
50	Norges forskningsråd	6 700	7 000	7 200
63	Utvikling av sosialtjenesten og rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	161 548	148 700	240 400
70	Tilskudd	36 366	38 300	39 200
	Sum kap 0614	232 581	226 100	319 100

Overført fra 2000 til 2001:

Post 21: 1 515 000 kroner

Post 63: 3 113 000 kroner

Formål og hovedprioriteringer

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

Resultatrapport 2000

Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje, Kunnskap og brubygging (1998- 2001)

Handlingsplanen Kunnskap og brubygging har hatt som mål å holde vedlike, styrke og utvikle ny kunnskap og kompetanse i sosialtjenesten ved å spre kunnskapsbaserte erfaringer, heve kvaliteten og kompetansen i sosialtjenestens arbeid med klienter med sammensatte behov, herunder rus-

middelmisbrukere, gjøre sosialtjenesten mer brukervennlig og tilgjengelig, og redusere tilfeldig forskjellsbehandling i fordeling av økonomisk stønad. I løpet av handlingsplanperioden er det gjennomført fylkesvise opplæringsprogram rettet mot alle ansatte, og opprettet strukturer for at klientbehandlere får mulighet til faglig veiledning og videreutvikling. Fylkesmannsembetene, i samarbeid med kompetansesentrene for rusmiddel-spørsmål og kommunene, har stått for tilrettelegging, samordning og gjennomføring av tiltakene.

I alle fylkene ble det dessuten i løpet av 2000 gjennomført seks opplæringsdager, hvor til sammen 3200 ansatte deltok. Ved utgangen av året var det registrert nærmere 200 fora for faglig videreutvikling med om lag 2000 deltakere. Alle fylkene har i løpet av 2000 iverksatt tiltak for å tilrettelegge faglig veiledning overfor ansatte i sosialtjenesten. I tillegg ble det igangsatt kvalitetsutviklingsprosjekter ved 24 sosialkontor, samt gjennomført ulike formidlingstiltak. Handlingsplanen har i mange tilfeller også ført til bedre samar-

beidsforhold og samarbeidsstrukturer mellom aktørene på området.

Tverretattlig samarbeid. Samarbeidsforum mellom helse- og sosialtjenesten, trygde- og arbeids-markedsetaten

Som en oppfølging av rundskriv H-28/97 har de fleste kommuner og fylker etablert godt fungerende samarbeidsfora på ledernivå mellom helse- og sosialtjenesten, trygde- og arbeidsmarkedsetaten. Telemarksforskning-Bø har på oppdrag av Arbeids- og administrasjonsdepartementet evaluert oppfølgingen av rundskrivet og hvordan samarbeidsforaene fungerer. Hovedkonklusjonen i evalueringen er at det samarbeides om personer med sammensatte behov i kommunene, formelt og uformelt, men at samarbeidsforaene synes å fungere dårligst for de tyngre målgruppene. Som oppfølging av St. meld. nr. 50 (1998-99) Utjamningsmeldinga, vedtatt av Stortinget i juni 2000, satte Sosial- og helsedepartementet, i samarbeid med Arbeids- og administrasjonsdepartementet i gang et 4-årig forsøk, hvor 8 utvalgte kommuner fikk utvidet og mer helhetlig ansvar for å sikre aktive, arbeidsrettede tiltak overfor langtidsmottakere av sosialhjelp. Målet er å stimulere kommunene til å ta et større ansvar for å hjelpe langtids sosialhjelpsmottakere ut i arbeidslivet, ved å vri tiltak bort fra passiv inntektsoverføring til tiltak som aktiviserer til økt egeninnsats.

Økonomisk sosialhjelp

Sosial- og helsedepartementet ga i februar 2001 veiledende retningslinjer for utmåling av stønad til livsopphold. En kartlegging i august 2001 viser at et flertall av de kommunene som har endret sine normer etter at retningslinjene ble gitt har hevet disse, og at spredningen i lokale normer har blitt mindre. Departementet sendte i august 2001 ut et nytt rundskriv til sosialtjenestelovens kapittel 5 om økonomisk stønad.

Tiltak for bostedsløse

Som oppfølging av Utjamningsmeldinga igangsatte Sosial- og helsedepartementet dessuten i 2000, i samarbeid med Kommunal- og regionaldepartementet og Husbanken, et 4-årig utviklingsarbeid i fem større byer for å forebygge og bekjempe bostedsløshet. Erfarings- og kunnskapsformidling mellom de deltakende kommunene og andre av landets kommuner står sentralt i arbeidet. Det skal legges stor vekt på å knytte

boligpolitiske virkemidler til aktuelle helse- og sosialtjenester for å bekjempe bostedsløshetsproblemet. De deltakende kommunene, Oslo, Bergen, Kristiansand, Stavanger og Trondheim, ble i 2000 tildelt midler til oppstart av lokale prosjekter.

Stiftelsen Landsforeningen rettferd for taperne

Stiftelsen Landsforeningen rettferd for taperne er en landsomfattende interesseorganisasjon. Stiftelsens formål er å bedre tapernes livssituasjon og legge forholdene til rette for å hindre at det blir flere av dem. Stiftelsen har siden 1994 mottatt tilskudd til drift, kr. 800 000,- i 2000. I følge tall fra stiftelsen har anslagsvis 46 000 mennesker kontaktet organisasjonen siden oppstarten i 1993.

Brukerkontor

I samarbeid med Oslo kommune og Arbeids- og administrasjonsdepartementet ble det i august 2000 igangsatt et toårig forsøk med brukerkontor i Bydel 5 Grünerløkka-Sofienberg.

Kontoret retter seg mot brukere av kommunale helse- og sosialtjenester, aetat og trygdekantoret i bydelen, og er spesielt rettet mot dem som synes det er vanskelig å finne fram i offentlige kontorer og ordninger. Brukerkontoret har en uavhengig stilling i forhold til hjelpeapparatet, og kan bistå med hjelp og veiledning.

Handlingsplan for redusert bruk av rusmidler

Rusmiddeldirektoratet hadde hovedansvaret for iverksetting av de forebyggende tiltakene innenfor Handlingsplan for redusert bruk av rusmidler (1998 – 2000), jf. St. prp. nr. 58 (1997 – 1998). I tillegg bidro AS Vinmonopolet med informasjonsvirksomhet (jf. resultatrapport under kap. 0610 Rusmiddeldirektoratet og kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet for nærmere omtale). I tillegg ble det innenfor handlingsplanen gitt tilskudd til utvikling av kommunale rusmiddeltiltak, herunder botilbud til rusmiddelmisbrukere.

Rusmiddelpolitisk råd

Som ledd i Handlingsplan for redusert bruk av rusmidler oppnevnte Sosial- og helsedepartementet i desember 1998 Rusmiddelpolitisk råd. Rådet har hatt som oppgave å stimulere til bred rusmiddelpolitisk debatt, og være bindeledd mellom myndighetene, partene i arbeidslivet, næringslivsorganisasjonene, forsikringsbransjen og de rusmiddelpolitiske organisasjonene. Rusmiddelpoli-

tisk råd har vært et informasjons- og møtested for bl.a. folkehelse, forbruker- og næringsinteresser. Rådet har oversendt 4 arbeidsrapporter med til sammen 25 forslag. Rådet blir lagt ned fra og med 01.01. 2002. Arbeidet vil bli videreført av det nye Sosial- og helsedirektoratet.

Tiltak for rusmiddelmisbrukere med langvarig misbruk

Sosial- og helsedepartementet har siden 1993 gitt ekstraordinære tilskudd til tiltak for de tyngst belastede rusmiddelmisbrukerne i flere større bykommuner. Formålet med tilskuddet har vært å bedre den enkeltes livssituasjon, og forebygge overdosedødsfall gjennom styrking av kommunale tiltak. Tiltakene skal sikre den tyngst belastede misbrukergruppen akuttjeneste, behandlingstilbud og/eller ulike former for bo- og omsorgstiltak. Kommunene rapporterer at målgruppen har fått et bedre tilbud, og at misbrukerne jamt over har fått bedret tilgang til den kommunale helse- og sosialtjenesten. Fra og med 2001 ble tilskuddet lagt inn i det generelle rammetilskuddet.

Legemiddelassistert rehabilitering

Tilbudet om metadonassistert rehabilitering var ved utgangen av 1998 landsdekkende. Oslo, Bergen og Trondheim har regionale spesialistsentra med inntaks-, oppstart-, og veiledningsfunksjoner for deres respektive helseregioner. Helseregion Sør er organisert gjennom samarbeidsfunksjoner mellom Buskerud, Vestfold og Telemark, og mellom Vest- og Aust-Agder. Senteret i Trondheim har siden oppstarten i 1998 også hatt senterfunksjon for helseregion Nord. Senter for medikamentassistert rehabilitering i Oslo (MARIO) er, ved siden av å være regionsenter for helseregion Øst, nasjonalt kompetansesenter for legemiddelassistert rehabilitering.

Ved utgangen av 2000 var 1074 klienter inntatt i legemiddelassistert rehabilitering. 177 personer var ved årsskiftet ferdig utredet, og ventet på å få starte behandlingen (antall på venteliste). I tillegg hadde 628 personer søkt om inntak (antall på søkerliste). Nye retningslinjer i 2000 åpnet blant annet opp for at buprenorfin og andre aktuelle legemidler kan benyttes i tillegg til metadon innenfor rammene av legemiddelassistert rehabilitering.

Lavterskel helsetiltak for rusmiddelmisbrukere

Rusmiddelmisbrukere har ofte omfattende behov for helsetjenester. Til tross for at de har samme rettigheter til helsetjenester som den øvrige befolkningen, er det likevel mange som ikke benytter seg av det etablerte helsetjenestetilbudet. På denne bakgrunn ble det i 1999, etter modell av feltpleietjenesten i Oslo kommune, startet opp lavterskel helsetiltak for rusmiddelmisbrukere i følgende kommuner: Asker, Bærum, Bergen, Drammen, Haugesund, Kristiansand, Sandnes, Skedsmo, Skien, Stavanger, Trondheim, Tromsø. I tillegg til videreføring av prosjektene fra 1999, fikk Bodø kommune tilskudd i 2000. 1999 bar preg av å være et oppstartsår for flere av prosjektene, men erfaringene fra det første hele driftsåret har vært positive. Helsepersonell melder om bedring av helsetilstanden hos brukerne, og ikke minst melder brukerne at de er positive til tilbudet.

Tiltak for rusmiddelmisbrukere i fengsel

En høy andel av innsatte i norske fengsler har rusmiddelproblemer. Sosial- og helsedepartementet har gjennom flere år, i samarbeid med Justisdepartementet og Oslo kommune, tildelt midler til rehabiliteringstiltak for innsatte i Oslo fengsel og Bredtveit fengsel. Tiltaket i Oslo fengsel er evaluert med positive resultater. Tiltaket ved Bredtveit er rettet mot kvinnelige innsatte med rus/psykia triproblematikk, og målet er økt livsmestring. En evaluering av tiltaket i 1998 viste gode resultater for målgruppen, og økt kompetanse hos ansatte. I tillegg har tiltaket ført til økt oppmerksomhet rundt kvinnelige innsattes soningsforhold. Oslo kommune administrerer tiltakene.

Tiltak for prostituerte

Oslo kommunes senter for prostituerte (PRO-senteret) drives dels som et kommunalt hjelpetiltak for personer som prostituerer seg i Oslo, og dels som et nasjonalt kompetansesenter. Senteret drev i 2000 også oppsøkende arbeid, et botilbud og varmestue sammen med brukerne. I tillegg til tilskudd til PRO-senteret, fikk Kirkens Bymisjon via Oslo kommune tilskudd til drift av Natthjemmet for prostituerte.

Tilskudd til frivillige organisasjoners arbeid for rusmiddelmissbrukere

I 2000 ble det blant annet gitt tilskudd til Stiftelsen Pinsevennes Evangeliesenter, Stiftelsen KRAFT, Frelsesarmeens Nytt Liv Sentre, Stiftelsen Rus- Nett, Blå Kors i Norge, Stiftelsen Renåvangen, Kristenfolkets edruskapsråd, Brukerforeningen i Tønsberg, Stiftelsen kirkens sosialtjeneste, Norsk Folkehjelp, Norges krigsbarnforbund og Lebensborn.

Klagesaksbehandling etter alkoholloven

Med virkning fra 1. januar 1998 ble det med hjemmel i alkoholloven innført begrenset klageadgang over de fleste kommunale vedtak i bevilningssaker. Fylkesmannen er klageinstans, og kan prøve om vedtakene er gyldige. I 2000 behandlet fylkesmennene 117 klagesaker.

Forskning og utviklingsarbeid

Rusmiddelforskningsprogrammet under Norges forskningsråd ble i løpet av 2000 innlemmet i programmet Helse og samfunn. Programmet har bl.a. som formål å skape møteplasser for forskere på tvers av fagmiljø og institusjoner og stimulere rusmiddelrelatert forskning ved universitetene. Programmet tar videre sikte på å styrke forskningen bl.a. når det gjelder nye former for forebyggende rusmiddelarbeid. Konferansen «Til hvilken nytte» ble i 2000 arrangert i samarbeid med Sosial- og helsedepartementet, Rusmiddeldirektoratet og Statens tobakkskaderåd. Det ble i 2000 også gitt tilskudd til program for Mental helse og Velferdsprogrammet- samfunn, familie og oppvekst.

Nordisk og annet internasjonalt samarbeid

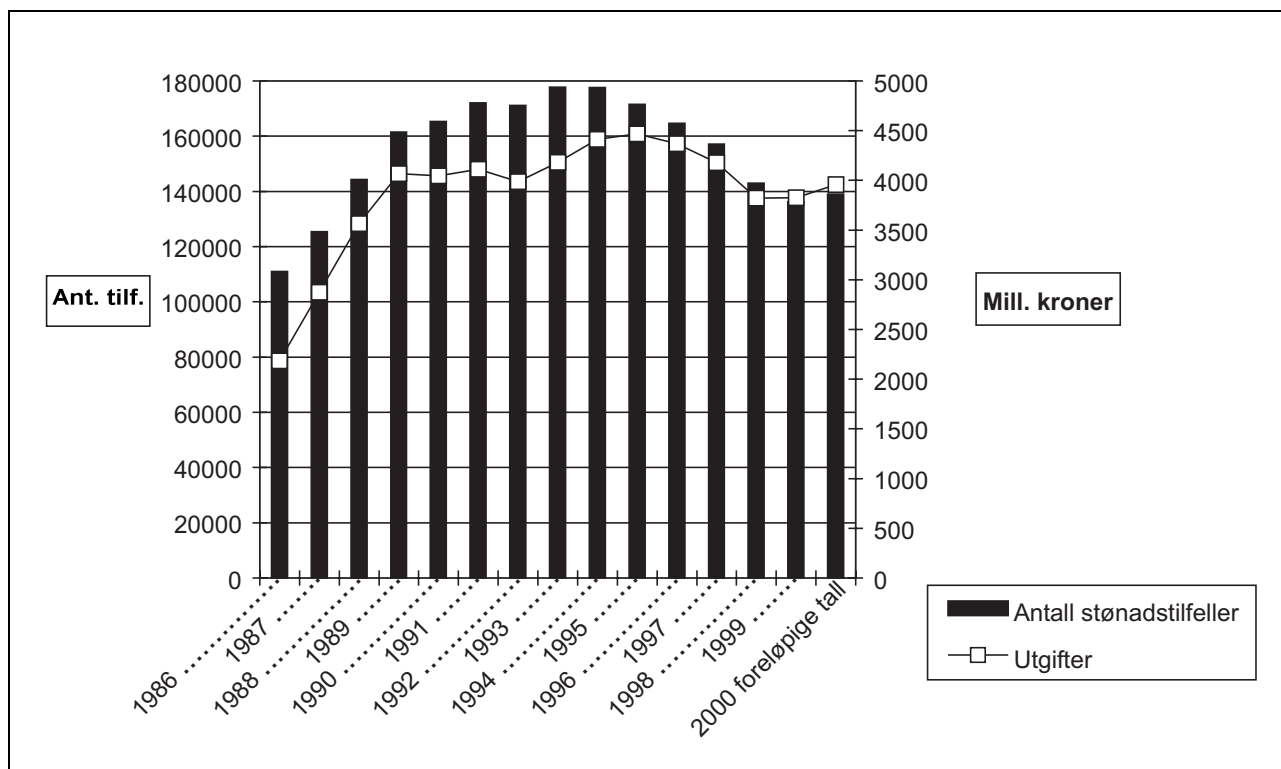
Utgiftene til deltakelse i Europarådets samarbeidsgruppe om narkotikas spørsmål (Pompidou-

gruppen) ble dekket av bevilgningen. Pompidou-gruppens omfattende etterutdanningsprogram for personell som arbeider med rusmiddelproblematikk i Sentral- og Øst-Europa, ble avsluttet ved utgangen av 2000, og evaluert som vellykket. Utgiftene til deltakelse i EUs Folkehelseprogram, Narkotikaforebyggingsprogrammet, og tilretteleggelse av norsk deltakelse i EUs Narkotikaovervåkingssenter (EMCDDA), ble likedan dekket av bevilgningen. Det ble også gitt støtte til forberedelsene av WHO's europeiske ministerkonferanse om ungdom og alkohol, holdt i Stockholm i februar 2001. Sosial- og helsedepartementet samarbeider med Utenriksdepartementet om tilskudd til et globalt program i regi av WHO og FNs Narkotikakontrollprogram (UNDCP). Programmet har som mål å forebygge rusmiddelproblemer gjennom mobilisering av frivillige krefter i lokalsamfunnet. Utgiftene til NOPUS, som har som mål å være et sentrum for erfaringsutveksling, ideutvikling og utdanning på det sosiale området i Norden, ble også dekket av bevilgningen.

Tilstandsvurdering

Sosialtjenesten

Hovedmålet for sosialtjenesten er å fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levekårene for de vanskeligst stilte, sikre rettssikkerhet for brukerne, og forebygge sosiale problemer. Sosialhjelpen utgjør et nedre økonomisk sikkerhetsnett. Utviklingen i antall sosialhjelpsmottakere, de samlede utgiftene til sosialhjelp og hvem som til en hver tid mottar slik støtte, er derfor et barometer for endringer på arbeidsmarkedet, i familiemønstre og innretningen av de generelle velferdsordningene.



Figur 14.1 Utgifter til økonomisk sosialhjelp (1999-kroner) og antall stønadstilfeller 1986-2000

Bruken av økonomisk sosialhjelp økte sterkt på 1980- og første del av 1990-tallet, men gikk i siste del av 1990-tallet ned. Antall sosialhjelpsmottakere var høyest i 1994 med om lag 166 500 registrerte mottakere, men hadde deretter en årlig nedgang til 126 200 mottakere i 1999. Andelen personer som i 1999 mottok sosialhjelp utgjorde ca. 2,8 pst. av hele befolkningen. Tar man hensyn til at en del stønadsmottakere forsørger flere personer, utgjorde denne andelen 4,5 pst. (202 000 personer). Foreløpige tall tyder på at det har vært en svak økning i antall personer som mottar økonomisk sosialhjelp fra 1999 til 2000. Utgiftene til økonomisk sosialhjelp var høyest i 1995 med i underkant av 4,5 mrd. kroner, men hadde deretter en nedgang fram til 1998 til drøyt 3,8 mrd. kroner. I 1999 og 2000 har det vært en økning i samlede utbetalinger, til anslagsvis 4,080 mrd. kroner i utbetalt sosialhjelp i 2000 (foreløpig tall). Dette antas å ha sammenheng med at den relative andelen av langtidsbrukere, som gjennomgående har et omfattende hjelpebehov, holder seg på et høyt nivå, samt økningen i antall mottakere fra 1999 til 2000.

Det store flertallet av sosialhjelpsmottakerne er relativt unge (20-49 år). Andelen enslige blant sosialhjelpsmottakerne er høy. Om lag seks av ti stønadsmottakere i 1999 var enslige. Enslige forsørgere utgjorde 14, 5 pst. av alle mottakere, par med barn 10,5 pst. og par uten barn 11,3 pst. dette

året. I alt var det 58 000 barn under 18 år som ble forsørget av mottakere av økonomisk sosialhjelp i 1999.

I 1999 var om lag 28 pst. av mottakerne av økonomisk sosialhjelp registrert i en eller annen form for sysselsetting (arbeid, utdanning, arbeidsmarkedtiltak). I underkant av 20 000 (15,8 pst.) var i ordinært arbeid (heltid eller deltid). Bortimot 8 800 personer var under utdanning. Andelen på statlige arbeidsmarkedtiltak var vel 3 pst., mens 1-2 pst. deltok i kommunale tiltak. 31 pst. var registrert som arbeidsledige. I underkant av 49 000 av sosialhjelpsmottakerne (39 pst.) var verken i arbeid, under utdanning, deltok i arbeidsrettede tiltak eller var registrert som arbeidssøkere. Sistnevnte gruppe er for en stor del sykmeldte, uføretrygdde og alderspensjonister.

Ca. 58 000 av sosialhjelpsmottakerne i 1999 (45,9 pst.) hadde sosialhjelp som hovedinntektskilde. Resterende mottakere hadde sosialhjelp som supplerende inntekt. Ca. 43 500 (34,4 pst.) hadde trygd som hovedinntektskilde. I forhold til det totale omfanget trygdemottakere, er andelen, som må supplere med sosialhjelp imidlertid relativt lavt. En del personer mottar også sosialhjelp i påvente av behandling av søknad om trygd.

Tallene ovenfor illustrerer at det er omfattende sambruk av sosialhjelp og arbeidsmarkedsstatens tjenester (ledighetstrygd og tiltak), og av sosialhjelp og trygdeytelser. Tallene viser også at

sosialhjelpsmottakere gjennomgående har lav tilknytning til arbeidslivet; over to tredjedeler har ikke ordinært arbeid eller deltar i statlige eller kommunale arbeidsrettede tiltak.

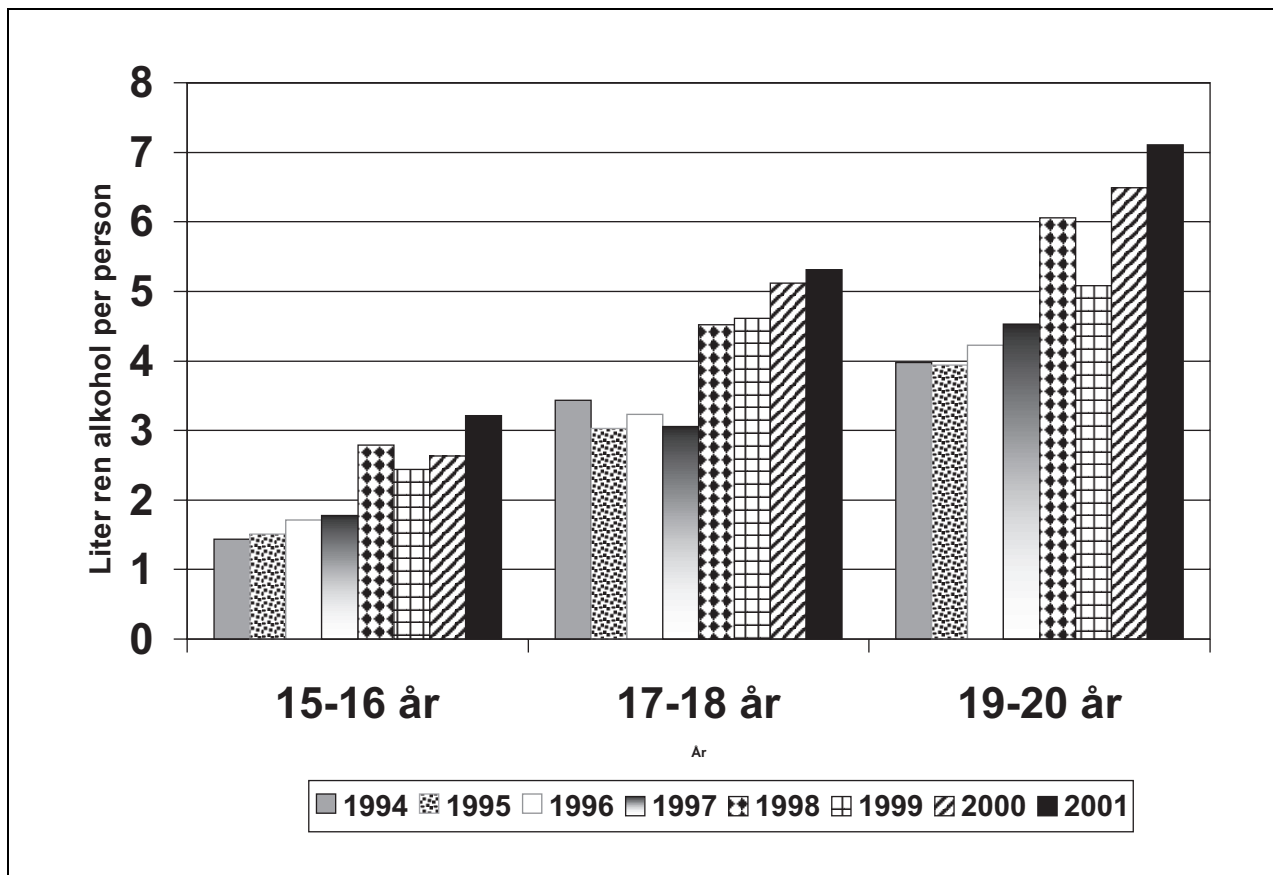
Selv om utviklingen har gått i retning av færre sosialhjelpsmottakere totalt sett, er det relativt mange som mottar økonomisk stønad over lang tid. Undersøkelser utført av Statistisk sentralbyrå i forbindelse med St.meld. nr. 50 (1998-99) Utjanningsmeldinga, viser at av de 147 000 personene som fikk sosialhjelp i 1997, hadde 43 000 mottatt sosialhjelp i alle årene i perioden 1993-1997. Langvarig bruk av sosialhjelp har sammenheng med problemer på andre levekårsområder: lav utdanning, marginal eller ingen tilknytning til arbeidslivet, og påfølgende inntektssvikt. Mange har i tillegg helse- og/eller sosiale problemer og dårlige boforhold.

Utfordringene til sosialtjenesten framover er knyttet til denne utviklingen, hvor en større andel personer har mer langvarige og sammensatte hjelpebehov. Enkelte vil ha behov for behandling/

rehabilitering og forbedring av både sosial- og faglig kompetanse før de eventuelt kan forsørge seg selv gjennom arbeid. Sosialtjenesten rår ikke selv over alle nødvendige virkemidler, og må samarbeide med arbeidsmarkedsetaten, trygdeetat, helsetjenesten og andre etater, samt med frivillige og pårørende.

Arbeidet i sosialtjenestens førstelinje er sammensatt og komplekst. Det utspiller seg i spenningsfeltet mellom ulike brukeres behov, sosialarbeiderens utøvelse av yrkesrollen og samfunnets rammevilkår. Tjenesteutformingen stiller stadig større krav til økt fleksibilitet, god ledelse og bruk av høy, relevant og tilpasset kompetanse. Handlingsplanen for sosialtjenestens førstelinje (1998-2001) har etablert en rekke kompetansetiltak blant de ansatte i førstelinjen, og således bidratt til å sette sosialtjenesten på dagsorden i kommunene.

Ved utgangen av 1999 var det 4 494 stillinger i sosialtjenesten, der nær halvparten var besatt av sosialfaglig personell.



Figur 14.2 Årlig alkoholkonsum målt i liter ren alkohol for ungdom i Norge i alderen 15-20 år

Vi er inne i en periode med økende alkoholforbruk. Ikke minst er det en urovekkende utvikling i alkoholbruk blant unge. Mens det beregnede, gjennomsnittlige alkoholforbruket i aldersgruppen 15 – 20 år i første halvdel av 1990-tallet var omkring 3 liter ren alkohol, har det de siste år steget til godt over 5 liter. Det er mer liberale holdninger til tilgjengelighet og bruk av alkohol i befolkningen generelt. Blant unge er det i tillegg en tendens i retning av mer liberale holdninger i forhold til narkotika. Det er klare tegn til at de ikke i samme grad som tidligere ser på bruk av narkotiske stoffer, særlig hasj og sentralstimulerende stoffer som amfetamin og ecstasy, som mer alvorlig enn bruk av alkohol. Det kan likevel se ut til at økningen av narkotikamisbruket er i ferd med å flate ut, mens forbruket av alkohol i ungdomsbefolkningen fortsatt øker betydelig.

Antallet tungt problembelastede narkotikamisbrukere kan være fordoblet i løpet av 1990-årene, og anslås nå til 9 – 12.000. Antallet overdosedødsfall nådde en foreløpig topp i 2000 med 327 døde.

Sosialtjenesten har et helhetlig ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere, herunder langsiktig oppfølging. Ikke minst på grunn av en betydelig økning i bruk av rusmidler, flere tungt belastede misbrukere med høy dødelighet og nye misbruksgrupper og misbruksmønstre, stilles sosialtjenesten overfor nye utfordringer både når det gjelder kapasitet og kompetanse. Behovet for nært samarbeid med andre etater, ikke minst helsetjenesten, er blitt tydeligere. Fylkeskommunene har ansvaret for etablering og drift av institusjoner med tilknyttede spesialisttjenester for omsorg og behandling av rusmiddelmissbrukere. Ved behandlingen av Ot. prp. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.v. sluttet Stortinget seg til forslaget om å utrede en framtidig organisering av tiltak for rusmiddelmissbrukere hjemlet i sosialtjenesteloven. Utredningen vil synliggjøre eventuelle behov for ytterligere satsing, herunder på hvilke deler av feltet satsingen bør skje. Regjeringen tar sikte på å legge fram et høringsnotat i løpet av høsten 2001.

Satsingsområder og resultatmål for 2002

Sosial- og helsedepartementet vil videreføre arbeidet med å utvikle sosialtjenesten i kommunene. Sosialtjenesten vil i årene fremover stå overfor store utfordringer med hensyn til å iverksette tiltak som kan bedre situasjonen for enkeltpersoner og grupper med lav inntekt og levekårsproblemer. Særlig gjelder dette personer som står utenfor arbeidslivet, og som ofte har en kombinasjon

av svak økonomi, dårlig helse, rusmiddelproblemer, psykiske problemer og dårlige boforhold.

Regjeringen vil følge opp dette arbeidet gjennom de tiltakene som er skissert i Handlingsplan for sosial og økonomisk trygghet (2002 – 2005). Forsøk med helhetlig kommunalt ansvar for aktive, arbeidsretta tiltak, utviklingsarbeidet for å bedre situasjonen for bostedsløse og utvikling av bo- og omsorgstiltak for rusmiddelmissbrukere i kommunene er i denne sammenhengen prioriterte tiltak.

Det må arbeides videre med å gjøre tjenesten mer tilgjengelig og brukervennlig, samt å sikre at sosialtjenesten samarbeider forpliktende og tett med andre hjelpeinstanser. En forutsetning for en kvalifisert og velfungerende sosialtjeneste er godt lederskap. Det vil derfor bli arbeidet mer målbevisst med å utvikle god lederkompetanse. Arbeidet med å sikre at oppgaveløsning og tjenesteyting baseres på et relevant og tilstrekkelig kunnskaps- og kompetansegrunnlag, må også ses i lys av videreføring av tiltakene i Handlingsplanen for sosialtjenestens førstelinje og etableringen av det nye Sosial- og helsedirektoratet. Den framtidige organiseringen av tiltakene for rusmiddelmissbrukere skal tilpasses og integreres i denne prosessen.

Både på alkohol- og narkotikaområdet skjer det en global utjevning av forskjellene i forbruksmønstrene. Internasjonalt tas det til orde for mer liberale holdninger til narkotika. Også den norske alkoholpolitikken vil bli sterkere utfordret i årene som kommer som følge av økt internasjonalisering.

Handlingsplan mot rusmiddelproblemer

Regjeringen legger fram en handlingsplan mot rusmiddelproblemer. Planen vektlegger både arbeidet for redusert bruk av rusmidler, behandling av og omsorg for rusmiddelmissbrukere, kunnskapsproduksjon og kompetanseutvikling, samt strategier og tiltak i det nordiske og internasjonale samarbeidet. Planen legger også vekt på samordning av innsatsen innenfor de forskjellige sektorene på statlig og kommunalt plan og samarbeidet mellom offentlig og frivillig sektor. Regjeringen vil støtte opp under, og styrke innsatsen lokalt. Tiltakene i handlingsplanen er i hovedsak kjennetegnet ved at de har som direkte eller indirekte mål å styrke og støtte opp under lokale aktørers innsats. Som ledd i Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer foreslås avsatt 30 millioner kroner i økt bevilgning i 2002. Midlene skal nyttes til styrking av den forebyggende innsatsen samt til styrking av hjelpe- og behandlingstilbudet for rusmiddelmissbrukere.

Videreutvikling av sosialtjenesten

Handlingsplanen for sosialtjenestens førstelinje «Kunnskap og brubygging» avsluttes i 2001. Foreløpige resultater fra den eksterne evalueringen tyder på at gjennomføringen av handlingsplanen har vært vellykket. Departementet vil vektlegge videreføring av erfaringene fra handlingsplanperioden. Dette gjelder særlig forankring og videreutvikling av faglige fora og tilbud om kvalifisert veiledning overfor ansatte i sosialtjenesten. I tråd med kompetansebehovene i tjenesten, vil departementet i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund ta initiativ til å utarbeide og gjennomføre et ledelsesutviklingsprogram for lederne i den kommunale sosial-, pleie- og omsorgssektoren. I tillegg vil det bli iverksatt tiltak for å styrke og integrere formalisert og forskningsbasert kunnskap i sosialtjenesten. I arbeidet med utvikling av sosialtjenesten vil det nye Sosial- og helsedirektoratet, fylkesmennene, kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål og høyskolene spille nøkkelroller. Departementet vil arbeide for at høyskolene og forskningsmiljøer skal spille en viktigere rolle i den videre utviklingen av kunnskap- og kompetansetiltak i sosialtjenesten, deriblant gjennom relevant forskning og målrettede etter- og videreutdanningstilbud.

Forsøk med mer helhetlig kommunalt ansvar for aktivisering av langtids sosialhjelpsmottakere

Som en oppfølging av St.meld. nr. 50 (1998-99) Utjamningsmeldinga, er det i 2000 igangsatt et arbeid hvor et antall kommuner har fått ansvar for å sette i verk aktive, arbeidsrettede tiltak overfor langtidsmottakere av sosialhjelp. Målet er økt aktivisering av langtidsmottakere av sosialhjelp, og departementet vil i samarbeid med Arbeids- og administrasjonsdepartementet videreføre forsøket. Den enkelte forsøkskommune må utforme sin egen modell i samarbeid med det lokale arbeidskontoret, i tråd med lokale forhold og forutsetninger. FAFO vil forestå evalueringen.

Økonomisk sosialhjelp

På bakgrunn av Utjamningsmeldinga, jf. St.meld. nr. 50 (1998-99), ga Sosial- og helsedepartementet i februar 2001 statlige veiledende retningslinjer for utmåling av stønad til livsopphold. Bakgrunnen er til dels betydelige variasjoner i sosialhjelpsyttelsene mellom og innad i kommuner. Formålet med retningslinjene er å bidra til en mer ensartet praksis ved utmåling av økonomisk stønad i kom-

munene og større likhet i utmålt stønad der hjelpebehovene er like. Regjeringen vil i 2002 oppjustere satsene og foreta en gjennomgang av systemet med de veiledende retningslinjene. Regjeringen legger til grunn at sosialhjelpssatsene skal prisjusteres årlig.

Tiltak for bostedsløse

Sosial- og helsedepartementet vil, i samarbeid med Kommunal- og regionaldepartementet og Husbanken, videreføre utviklingsarbeidet som i 2000 ble igangsatt i fem større byer for å forebygge og bekjempe bostedsløshet. Hovedformålet er å utvikle metoder og modeller for bolig- og oppfølgingstiltak overfor bostedsløse. De deltagende kommunene, Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Kristiansand, har i løpet av 2001 kommet i gang med å utvikle lokale prosjekter for utprøving av bolig- og oppfølgingstilbud og kjeder av tiltak for bostedsløse. Prosjekt bostedsløse blir styrket for å innkludere Tromsø og Drammen som deltakerkommuner. Videre skal Kirkens Bymisjon, Frelsesarmeen og Kirkens sosialtjenestes deltakelse i utviklingsarbeidet styrkes. Det vil også bli lagt vekt på å spre erfaringer fra de deltagende kommunene til andre av landets kommuner ved utvikling av et nettverk for interesserte kommuner og andre aktuelle aktører. Utviklingsarbeidet skal evalueres av Norsk Byggforskningsinstitutt. Det vil blant annet være aktuelt å kartlegge frivillige organisasjoners rolle, og samarbeidet mellom de aktuelle kommunene og denne typen organisasjoner i arbeidet med å forebygge bostedsløshet.

Tiltak overfor geografisk avgrensede områder med store levekårs-problemer

Personer med lav inntekt og dårlige levekår kjennetegnes av svak eller manglende tilknytning til arbeidslivet. Årsakene til den vanskelige livssituasjonen er ofte sammensatte. For at den enkelte skal komme ut av fattigdommen og bli selvforsørget er det behov for koordinert hjelp og oppfølging over tid. Likeledes synes noen geografiske områder av ulike årsaker å være mer utsatt enn andre når det gjelder fattigdom og opphopning av levekårsproblemer. Departementet vil derfor styrke rådgivnings og oppfølgingstjenesten for de vanskeligst stilte, ved at det innenfor de lokale servicekontorene, etableres en løsningsorientert felles tjeneste som omfatter aetats tjenester og tiltak, aktuelle trygdeytelser og sosialtjenestens tiltak. Tilbudet etableres i samarbeid med Arbeids-

og administrasjonsdepartementet i 8 til 10 kommuner som har de største levekårsproblemene.

Brukerkontor

Sosial- og helsedepartementet tar sikte på at forsøket får statlig støtte ut august 2002 slik at prosjektet gir et tilstrekkelig erfaringsgrunnlag for fortsatt utvikling av offentlige tjenester. Norsk institutt for by- og regionforskning evaluerer prosjektet. Evalueringen skal spesielt vurdere Brukerkontorets plass i forhold til andre klageordninger og samorganiserte offentlige tjenester, som servicekontor.

Rusmiddelforebyggende arbeid

Det lokale, rusmiddelforebyggende arbeidet er et satsingsområde i Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer. De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål har fått som en viktig oppgave å samarbeide med kommunene om utvikling av kompetanse, metoder og tiltak på forebyggingsområdet. De tildeles stimuleringsmidler til formålet.

De syv kompetansesentrene, som er knyttet sammen i et Norgesnett, har bl.a. som oppgave, i samarbeid med kommunene, å drive metodeutvikling og bidra til kompetanseheving på forebyggingsområdet blant førstelinjepersonell. Norgesnettet skal også gi råd til departementet om videreutvikling av rusmiddelpolitikken på nasjonalt nivå.

Kompetansesentrene skal i 2002 særlig rette oppmerksomheten mot ungdoms bruk av rusmidler, herunder heve debutalderen og hindre unges eksperimentering med ecstasy og andre «motedop».

Særskilte tiltak i forhold til nye misbruksmønstre

Det er de senere årene funnet sted en økning av misbruket av nye, amfetaminlignende stoffer, som f. eks. ecstasy, i ungdomsgrupper utenom de tradisjonelle misbrukergruppene. Sosial- og helsedepartementet vil, bl. a. gjennom deltagelsen i EU's Narkotikaovervåkingssenter (EMCDDA), bidra til utvikling av et system for tidlig oppdagelse av nye stoffer og misbruksmønstre. Departementet vil sørge for adekvat informasjonsmateriell og, i samarbeid med Oslo kommune, utvikle en bekymringstelefon, der foreldre og unge kan henvende seg for å få faktaopplysninger og veiledning. Det tas også sikte på å etablere en interaktiv nettjeneste basert på de allerede eksisterende tje-

nestene www.forebygging.no, knyttet til Nordlandsklinikken med støtte fra Statens institutt for rusmiddelforskning, og www.klara-klok.ung-info.no (helsenettjeneste for ungdom i Nordland). De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål skal legge vekt på problematikken i sitt forebyggende arbeid sammen med kommunene. Det vil bli oppmuntret til et forpliktende samarbeid mellom kommunene, politiet og serveringssteder med sikte på å hindre bruk av ulovlige rusmidler i restauranter, nattklubber o. l. Oslo kommune mottok i 2001 midler til gjennomføring av ecstasy plan. Midlene vil bli videreført i 2002.

Lavterskel helsetiltak for rusmiddelmissbrukere

Formålet med helsetiltakene er å nå fram med helsetjenester til tungt belastede rusmiddelmissbrukere. Erfaringene med disse tiltakene er under oppsummering, og vil bli stilt til rådighet for alle landets kommuner. Departementet vil videreføre tilskudd til tiltakene i 2002.

Legemiddelassistert rehabilitering

En modell for bedre tilrettelegging av tilbudet om legemiddelassistert rehabilitering ble lagt fram i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett 2001, og vedtatt med virkning fra 1. juli 2001. Målet med ny modell er at ventetiden for behandling kortes ned, og at flere kan omfattes av tilbudet. Spesialistfunksjonen til de regionale sentrene skal rendyrkes i større grad. Den kommunale sosialtjenesten skal, som tidligere, ha ansvaret for å koordinere rehabiliteringsplanen for den enkelte pasient. Helsetjenesten, ved fastlegen, skal spille en sentral rolle, og ha ansvaret for den medisinskfaglige oppfølgingen lokalt. Et foreløpig rundskriv, som nærmere angir ansvarsforhold og organisering i ny, tilrettelagt modell, ble sendt ut i forbindelse med iverksettelsen av modellen. Departementet vil i 2002 følge særskilt implementeringen av tilbudet i helse- og sosialtjenestene i kommunene. Departementets arbeid med den framtidige organiseringen av tiltak for rusmiddelmissbrukere som følge av den statlige overtakelse av sykehusene, vil fastsette den framtidige organiseringen av de regionale sentrene for legemiddelassistert rehabilitering.

Utbyggingen av det legemiddelassisterte rehabiliteringstilbudet til narkomane i Norge har foregått i et meget høyt tempo. En hovedforutsetning for at denne behandlingsformen skal gi ønsket effekt, er at både den psykososiale og medisinske oppfølgingen er tett og tilstrekkelig. Departemen-

tet vil øke det ekstraordinære tilskuddet til legemiddelassistert rehabilitering i 2002 i forhold til tildelt bevilgning i 2001. Midlene skal nyttes til økt behandlingsskapitet og til kompetansehevede tiltak i kommunenes arbeid med langtids-rusmiddelmissbrukere. Parallelt vil det bli arbeidet med evaluering av erfaringene til nå, og konsolidering av den lokaltbaserte tilnærmingsmåten. Regjeringen tar sikte på at kapasiteten i legemiddelassistert rehabilitering økes i 2002.

Erfaringene med forsøk med bruk av buprenorfinholdige legemidler, vil bli oppsummert i 2002.

Kunnskapsproduksjon, kunnskapsformidling og kompetansestyrking

Blant de viktigste forutsetningene for å få til et godt rusmiddelarbeid, er styrking av kunnskapsunderlaget på rusmiddelområdet og videreutvikling av kompetanse i alle nøkkelgrupper av personell. Det finnes allerede betydelig forskningsbasert kunnskap på rusmiddelområdet, samtidig som det også er betydelige mangler. De rusmiddelpolitiske veivalgene må i større grad baseres på faktisk kunnskap, slik at tiltakene kan målrettes og få bedre effekt. Departementet har nylig satt ned en forskningskommisjon for å oppsummere eksisterende kunnskap og identifisere behov for videre forskning. Det forutsettes at kommisjonen avgir sluttrapport innen 1. juli 2002. Videre arbeider departementet med å etablere en forskningsenhet i tilknytning til et av landets universiteter. Departementet samarbeider med Universitetet i Oslo og Barne- og familiedepartementet med sikte på at satsingen kan realiseres som et ledd i etablering av et senter for studier av problematferd og innovativ praksis ved Universitetet i Oslo. Det kan være aktuelt å opprette forsker- og stipendiatstillinger, spesielt øremerket rusmiddelrelatert forskning, i tilknytning til dette senteret.

Det er et særlig behov for å styrke den brede, samfunnsvitenskapelige tilnærmingen til rusmiddelforskningen, herunder også klinisk forskning og behandlingsevaluering. Parallelt med etablering av en senterfunksjon, vil departementet arbeide for å etablere nettverk mellom relevante universitets- og høyskolemiljøer på feltet. I tillegg må det etableres ordninger for å sikre et tett samarbeid med andre miljøer som forestår forskning om rusmiddelproblemer, herunder Statens institutt for rusmiddelforskning, forsknings- og evalueringsenheten tilknyttet Senter for metadonassistert rehabilitering i Oslo (Ullevål sykehus), de

regionale kompetansesentrene for rusmiddel-spørsmål og andre relevante forskningsmiljøer.

De syv kompetansesentrene skal bl.a. gi etterutdanning til nøkkelpersonell i kommunene, og videreutvikle de spesialiserte tjenestene for rusmiddelmissbrukere på andrelinjenivå. Sentrene har dessuten ansvar for å utvikle særskilt kompetanse på bl.a. nye misbruksmønstre blant unge, gravide misbrukere og barn av misbrukere, arbeidsliv og rus, og dobbelttdiagnoser.

Når det gjelder sosialhjelpsforskning har det skjedd en svekkelse de senere årene. Forskningen bærer preg av svak organisatorisk og faglig forankring, der støtten i stor grad gis til enkeltprosjekter. Dette har ført til manglende kompetanseoppbygging og svak forskerrekruttering til dette feltet.

Departementet vil be om at Norges forskningsråd innenfor rammen av aktuelle program, ser nærmere på behovet for forskning på rusrelaterte problemer hos lesbiske og homofile.

Internasjonalt samarbeid

Kontingentene for norsk deltakelse i EUs Narkotikaovervåkingssenter (EMCDDA) og Folkehelseprogrammet (Narkotikaforebyggingsprogrammet) dekkes av bevilgningen. Det tas sikte på deltakelse i EUs Program mot sosial utstøting. Det globale samarbeidsprogrammet mellom WHO og UNDCP om forebygging av rusmiddelproblemer i lokalsamfunnet, støttes fortsatt av Sosial- og helsedepartementet og Utenriksdepartementet i fellesskap. Norge har i 2002 formannskapet i Nordisk Ministerråd, og det tas sikte på å holde et ministermøte om narkotikaproblemene. Over posten dekkes også utgiftene til deltakelse i NOPUS og i Europarådets Pompidougruppe og administrasjon av deltakelsen i det internasjonale samarbeidet.

Merknader til budsjettforslaget

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Tiltak med formål å utvikle sosialtjenesten, styrke personellrekruttering og utdanning, internasjonalt alkohol- og narkotikasamarbeid, forsknings- og utredningsoppdrag, og klagesaksbehandling etter alkoholloven, belastes denne posten.

Post 50 Norges forskningsråd

Forskning i regi av Norges forskningsråd er et viktig bidrag til kunnskapsgrunnlaget for nasjo-

nale forvaltningsoppgaver, beslutninger i politikk-utforming og utvikling av prioriterte fagfelt. Bevilgningen på 7,2 mill. kroner skal dekke igangsatte forskningsprogrammer og andre langsiktige satsinger knyttet til Sosial- og helsedepartementets programkategori 9.10. Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmisbruk m.v. Midlene administreres av Norges forskningsråd.

Forskningsprogrammene har normalt en varighet på 4 – 5 år, og gjennomføres i tråd med vedtatte programplaner. Sosial- og helsedepartementet har representanter i programstyrene.

Bevilgningen under posten går til følgende programmer:

Velferdsprogrammet – Samfunn, familie, oppvekst

Velferdsprogrammet har et eget delprogram for trygde- og sosialhjelpsforskning. Programmet tildeles også midler over kap. 2600 post 50, og kap. 0675 post 50.

Program for Helse og samfunn

Rusmiddelforskning er integrert i Program for Helse og samfunn, som er nærmere omtalt under kap. 719, post 50. Programmet legger bl.a. vekt på årsaks- og risikoforhold knyttet til livsstil og leve-sett.

Program for Mental helse

Programmet vil bl.a. omfatte tverrfaglig forskning, som integrerer rusmiddelproblemer og klinisk

psykiatri, med særlig vekt på dobbeltdiagnoser. Det vises også til omtale under kap. 0701, post 50.

Post 63 Utvikling av sosialtjenesten og rus-middeltiltak

Sosial- og helsedepartementets midler for å styrke sosialtjenesten og tiltaksapparatet for rusmiddel-misbrukere samt prostituerte, er ført opp under post 63.

Innenfor posten vil bl.a. følgende tiltak bli prioritert i 2002:

- forsøk med aktivisering av langtids sosialhjelpsmottagere og tiltak overfor bostedsløse
- forebyggende rusmiddelarbeid
- legemiddelassistert rehabilitering
- lavterskel helsetiltak
- tiltak overfor geografiske områder med store levekårsproblemer

Post 70 Tilskudd

Frivillige organisasjoner og private stiftelser utfører et betydelig arbeid for svakstilte grupper. Tiltakene omfatter i hovedsak institusjonsbehandling samt ulike former for individrettet bistand i nærmiljøene (bolig-/overnattingstilbud, møtesteder, kvalifiseringstiltak og nettverksarbeid). Tilskudd til Stiftelsen Pinsevennenes Evangeliesenter, Stiftelsen KRAFT, Blå Kors sosialavdeling, Frelsesarmeen, Stiftelsen Rus-Nett samt Natt-hjemmet for prostituerte i Oslo, belastes denne posten. Tilskudd til stiftelsen Landsforeningen rettferd for taperne vil også bli belastet posten.

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

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter	24 747	20 530	
	Sum kap 0616	24 747	20 530	

Formål og hovedprioriteringer

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

- rehabilitering av klienter til å bli sosialt velfungerende

- rehabilitering av familier, herunder å gi klientenes barn mulighet for en normal utvikling
- medvirkning til at klienter og nærmiljø håndterer og forebygger tilbakefall.

Statens klinikk for narkomane vil som følge av statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten bli overført til regionale helseforetak fra 1.1.2002 (jf. kap. 0732).

Resultatrapport 2000*Kapasitetsutnyttelse ved Statens klinikk for narkomane*

Plantall	Resultat 1998	Resultat 1999	Mål 2000	Resultat 2000	Mål 2001
Antall døgnplasser	35	35	35	35	35
Resultatmål:					
Antall kurdøgn	12 555	10 001	11 137	4418	11 000
Herav barn	6 440	5 189	5 000	4644	5 000
Kapasitetsutnyttelse i pst.	100	90	100	84	100

SKN har i 2000 mottatt søknader for 18 familier, bestående av 22 voksne og 16 barn. Samlet har det vært innlagt i alt 19 familier (foreldre/barn), medregnet overliggere fra 1999.

Merknader til budsjettforslaget**Post 01 Driftsutgifter**

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 49 pr.1. mars 2000 og 46 pr. 1. mars 2001.

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

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
02	Salgs- og leieinntekter	974	1 174	
16	Refusjon fødselspenger	365		
17	Refusjon lærlinger	39		
18	Refusjon sykepenger	1 462		
60	Refusjon fra fylkeskommuner	12 996	16 058	
	Sum kap 3616	15 836	17 232	

Kap. 5527 Vinmonopolavgiften m.m.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
72	Gebyr på statlige skjenkebevillinger	350	500	400
73	Vinmonopolavgiften	40 568	19 200	31 300
	Sum kap 5527	40 918	19 700	31 700

Post 72 Gebyr på statlige skjenkebevillinger

Kontroll med utøvelsen av statlige bevillinger gitt for skjenking av alkoholholdig drikk på tog, fly og skip m.m. etter alkoholloven §§ 5-2 og 5-3 annet ledd, tilligger departementet. Bevillingsgebyrene tilfaller staten. Det foreslås bevilget 400 000 kroner.

Post 73 Vinmonopolavgiften

Vinmonopolavgiften utgjør i praksis det beløpet AS Vinmonopolet skulle ha betalt i kommuneskatt på bakgrunn av regnskapsåret 2000, og beregnes som 28 pst. av virksomhetens resultat. Avgiften skal innbetales til staten i januar 2002 og vil utgjøre 31,3 mill. kroner.

Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
80	Statens overskuddsandel	30 357	42 200	33 100
81	Utbytte		2	2
	Sum kap 5631	30 357	42 202	33 102

Formål og hovedprioriteringer

AS Vinmonopolet er gjennom selskapets enerett til detalj salg av sterkøl, vin og brennevin et viktig instrument i alkoholpolitikken. Innenfor de alkoholpolitiske rammevilkårene skjer omsetningen i kontrollerte former uten det kjøpepress som ellers karakteriserer detaljhandel når ordinære privatøkonomiske interesser er drivkraften. Selskapet bidrar på denne måten til å begrense alkoholkonsumet og derigjennom også alkoholens skadevirkninger. Selskapet er forpliktet til å sikre leverandørene og produktene markedsadgang på like vilkår og skal sikre forbrukerne god service og mest mulig rettferdig tilgjengelighet i hele landet. For å sikre oppslutning om AS Vinmonopolet er det viktig å skape forståelse for ordningen som alkoholpolitisk redskap og at A/S Vinmonopolet fremstår som en moderne og tilgjengelig butik-kjede. Sosial- og helsedepartementet har i denne sammenheng foreslått å innføre selvbetjening og en fornuftig og riktig utvidelse av butikknettet på landsbasis.

Resultatrapport 2000*Ansatte*

Ved utgangen av 2000 hadde AS Vinmonopolet 1461 ansatte fordelt på 968 årsverk og 139 butikker.

Oppfølging av handlingsplan for redusert bruk av rusmidler

AS Vinmonopolet har medvirket til gjennomføringen av handlingsplan for redusert bruk av rusmidler (1998-2000), jf. St.prp. nr. 58 (1997-98). I handlingsplanen er AS Vinmonopolet tillagt et bredt informasjonsansvar i forhold til grunnlaget for sin virksomhet og den betydning selskapet har som alkoholpolitisk instrument og om helsefarene knyttet til alkoholbruk. Informasjon om AS Vinmonopolets alkoholpolitiske rolle og risikoinformasjon er spredt gjennom bruk av brosjyremateriell, landsdekkende annonsekampanjer og butikkampanjer. Slik informasjon er også lagt ut på selskapets nettsted fra 2001. Som et ledd i handlingsplanen har selskapet satt i verk tiltak for å bedre alderskontrollen ved utsalgene, herunder gjennomført en landsdekkende butikkampanje om alderskontroll.

Utvidelse av butikknettet m.m.

Gjennom landsplanen for AS Vinmonopolet (1999-2002) av 8. mai 1998 og foreslått tilleggsplan til landsplanen som omfatter etablering av inntil 20 nye butikker i distriktene i 2002, vil en sikre en mer likeverdig tilgjengelighet til AS Vinmonopolets tjenester på landsbasis uten at dette går utover målet om å redusere alkoholforbruket. Med foreslått utvidelse vil den totale rammen for antall utsalgssteder ved utgangen av planperioden være 182. Ved utgangen av 2000 hadde AS Vinmonopolet 139 utvalg. 9 utvalg ble etablert i 2000.

Bedre tilgjengelighet til selskapets tjenester er også oppnådd gjennom den landsdekkende postforsendelsesordningen.

Prøveordning med selvbetjening

På bakgrunn av Stortingets behandling av handlingsplan for redusert bruk av rusmidler, jf. Innst. nr. 40 (1998-99), åpnet Sosial- og helsedepartementet i 1998 for utprøving av selvbetjening ved noen av AS Vinmonopolets utsalg. Det ble i 1999 etablert 14 selvbetjente butikker, som omfattes av prøveordningen. Ordningen skal evalueres høsten 2001.

Gjennomføring av innkjøpsforskriften og klagenemnd

Nemnd for prøving av AS Vinmonopolets beslutninger om innkjøp m.v. ble opprettet i 1997, som et ledd i å sikre leverandørene markedsadgang på like vilkår. I 2000 mottok nemnda 9 klager.

Salgsvolum og innretning av salget

AS Vinmonopolets totale salg økte med 7,7 pst. fra 1999 til 2000 til 53,1 mill. liter. I likhet med foregående år utgjør svakvin en stadig større andel av det totale litersalget. I 2000 utgjorde svakvin 79 pst. av omsatt volum. Brennevin utgjorde 17 pst. av omsetningen målt i vareliter. Salget av svakvin økte med 8,9 pst til 41,9 mill. liter. Salget av brennevin økte med 2,3 pst, mens salget av sterkvin gikk opp med 8,6 pst. Både for brennevin og sterkvin refererte økningen seg utelukkende til produkter med alkoholstyrke mellom 15 og 22 volumprosent. Alkoholavgiftene for disse produktene ble redusert med 46,5 pst. fra 1. januar 2000. Salget av brennevin over 22 volumprosent alkohol er uendret fra 1999 til 2000 med i underkant av 8,3 mill. liter. Salget av sterkøl økte med 11,2 pst. til 647 000 liter. AS Vinmonopolet tilbyr et utvalg av alkoholfrie produkter. Salget av alkoholfrie drikker gikk ned med 8,5 pst. til 86 000 liter i 2000.

AS Vinmonopolets omsetning økte med 6,2 pst. målt i liter ren alkohol fra 1999 til 2000, mot 7,3 pst. fra 1998 til 1999.

Omsetning/resultatregnskap

AS Vinmonopolets omsetning (eks. mva.) var 6.990,9 mill. kroner i 2000. Dette er en økning på 438,4 mill. kroner fra 1999. Driftsresultatet var 98,8 mill. kroner, som er 33,3 mill. kroner høyere enn i 1999. Resultatforbedringen skyldes i hoved-

sak økt omsetning og bortfall av engangskostnader belastet resultatet i 1999. Av resultatet før vinmonopolavgift på 124,3 mill. kroner, tilfaller 67,6 mill. kroner staten i form av vinmonopolavgift og overskuddsandel/utbytte. De resterende 56,7 mill. kronene er tilført egenkapitalen for å bedre soliditeten i selskapet. Ved utgangen av 2000 utgjorde egenkapitalen 27,8 pst. av selskapets totale kapital, mot 25,7 pst. i 1999.

Datterselskapet Nordpolet AS hadde i 2000 et resultat på 4,9 mill. kroner. Av årsresultatet ble 3,0 mill. kroner tilbakeført til lokalsamfunnet på Svalbard gjennom Svalbardrådet, mens resterende 1,9 mill. kroner ble lagt til egenkapitalen i selskapet.

Tilstandsvurdering

AS Vinmonopolets omsetningsvekst i 2000 antas i hovedsak å være forklart av økt kjøpekraft i befolkningen. Målt i liter ren alkohol var omsetningsøkningen 6,2 pst. Dette var noe lavere enn i 1999 (7,3 pst.), men høyere enn i de to foregående årene (1,2 pst. i 1998 og 3,7 pst. i 1997). Svakvin utgjør en stadig større andel av den totale omsetningen. Salget av brennevin inneholdende mer enn 22 volumprosent alkohol var stabilt fra 1999 til 2000. Salget av brennevinsprodukter med fra 15 til 22 volumprosent alkohol økte imidlertid. Økningen må sees i sammenheng med avgiftsreduksjonen fra 1. januar 2000 på produkter inneholdende mellom 15 og 22 volumprosent alkohol. For en nærmere beskrivelse av utviklingen i forbruket av alkohol vises det til tilstandsvurderingen under kap. 614 Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmissbrukere m.v.

AS Vinmonopolet har høy omsetning, med høye varekostnader, høye faste kostnader og moderate fortjenestemarginer. I forbindelse med utvidelsen av butikknettet, jf. gjeldende handlingsplan for AS Vinmonopolet for perioden 1999-2002 med foreslått tilleggsplan, og investeringer i nye IT-løsninger, har AS Vinmonopolet omfattende kapitalbehov. Gjennom en moderat utbyttepolitikk overfor selskapet siden 1996, er egenkapitalen gradvis styrket. Ved utgangen av 2000 utgjorde egenkapitalandelen 27,8 pst.

Satsingsområder og resultatmål for 2002

AS Vinmonopolet skal på sitt felt bidra til det holdningsskapende og forebyggende arbeidet mot rusmiddelmissbruk. Gjennom handlingsplan for redusert bruk av rusmidler for perioden 1998-2000, jf. St.prp. nr. 58 (1997-98), fikk AS Vinmonopolet tildelt en aktiv rolle i arbeidet mot rusmid-

delmisbruk. Selskapet har som et ledd i gjennomføringen av handlingsplanen utvidet sin informasjonsinnsats om grunnlaget for vinmonopolordningen og om helsefarene knyttet til alkoholbruk. Denne innsatsen skal videreføres.

Det skal fortsatt arbeides for en bedre og mer likeverdig tilgjengelighet til selskapets tjenester på landsbasis uten at dette går ut over målet om å begrense alkoholkonsumet og derigjennom også alkoholens skadevirkninger. En utvidelse av butikknettet skal skje innenfor rammen av gjeldende landsplan for AS Vinmonopolet for perioden 1999-2002, og foreslått tilleggssplan til landsplanen som omfatter etablering av inntil 20 nye butikker som en særskilt ordning for å bedre tilgjengeligheten i distriktene. Den totale rammen for antall utsalgssteder vil være 182 ved utgangen av 2002. Arbeidet med en ny landsplan vil bli påbegynt i 2001. Departementet har gjennom forskriftsendring åpnet for at produkt- og prisopplysninger kan legges ut på Internett når opplysningene gis som grunnlag for bestilling av varer (nettsalg). Ordningen vil gjøre det enklere å bestille varer for forsendelse gjennom posten.

Som en oppfølging av Stortingets behandling av handlingsplan for redusert bruk av rusmidler, etablerte AS Vinmonopolet i 1999 en prøveordning med selvbetjening som omfatter 14 av selskapets utsalg. Ordningen evalueres av Statens institutt for rusmiddelforskning og resultatet ventes å foreligge i løpet av høsten 2001. Departementet har i høringsnotat av 12. juni 2001 foreslått en forskriftsendring som åpner for selvbetjening i utsalgene. Departementet vil kunne ta hensyn til resultatet av evalueringen før forskriften endres.

Etableringen av nye utsalg, og ombygging og fornyelse av eksisterende butikker, medfører betydelige utgifter for selskapet, både i form av investeringer og drift. Selskapet skal videreføre arbeidet med å kostnadseffektivisere virksomheten for å møte framtidige kapitalbehov og for å bedre lønnsomheten og soliditeten i selskapet, uten at dette kommer i konflikt med sentrale alkoholpolitiske målsettinger eller hensynene selskapet må ta som servicebedrift. En fortsatt styrking av egenkapitalen i selskapet er ønskelig.

Merknader til budsjettforslaget

Post 80 Statens overskuddsandel

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

Det foreslås at statens andel av overskuddet som tas som inntekt under denne posten i 2002 – ved eget vedtak – fastsettes til 40 pst. av resultatet i 2001, før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgift. Statens andel av overskuddet i AS Vinmonopolet for regnskapsåret 2001 er på bakgrunn av budsjettert omsetnings- og resultatutvikling i 2001 og en andel av overskuddet på 40 pst., foreslått fastsatt til 33,1 mill. kroner. Dersom resultatutviklingen for 2001 blir bedre enn anslått, blir inntektene under post 80 for 2002 høyere enn 33,1 mill. kroner. Tilsvarende blir inntektene lavere dersom utviklingen blir dårligere enn antatt. Dette følger av romertallsvedtaket om at statens andel av overskuddet fastsettes med en bestemt prosentsats.

Forslaget til statens andel i overskuddet for 2002 bygger på vurderinger av selskapets fremtidige kapitalbehov, blant annet i forbindelse med utvidelse av butikknettet, og ønsket kapitalstruktur. Gjennom en positiv omsetnings- og resultatutvikling, samt en moderat utbyttepolitikk overfor selskapet siden 1996, er egenkapitalen i selskapet blitt vesentlig styrket. AS Vinmonopolets styre har hatt som uttalt mål at egenkapitalandelen bør være omlag 35 pst. Ved utgangen av 1996 utgjorde egenkapitalandelen 18,9 pst. mens den pr. 31. desember 2000 hadde økt til 27,8 pst. Egenkapitalen forventes å bli ytterligere styrket i løpet av 2001.

Post 81 Utbytte

AS Vinmonopolets aksjekapital utgjorde ved utgangen av 2000 kroner 50.000. Utbyttet er i vinmonopolloven fastsatt til 5 pst. av aksjekapitalen og utgjør kroner 2.500.

Programkategori 09.60 Kontantytelser

Utgifter under programkategori 09.60 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
0660	Krigspensjon	1 025 362	1 003 000	962 000	-4,1
0664	Pensjonstrygden for sjømenn	194 206	185 000	178 600	-3,5
0666	Avtalefestet pensjon (AFP)	438 541	497 000	589 000	18,5
Sum kategori 09.60		1 658 109	1 685 000	1 729 600	2,6

Utgifter under programkategori 09.60 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post- gr.	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
70-89	Andre overføringer	1 658 109	1 685 000	1 729 600	2,6
Sum kategori 09.60		1 658 109	1 685 000	1 729 600	2,6

Kategorien omfatter kontantytelser/tilskudd til visse lovregulerte pensjonsordninger utenom folketrygden som helt eller delvis finansieres av

staten. Det gjelder krigspensjoneringen, Pensjonstrygden for sjømenn og Avtalefestet pensjon med statstilskott (AFP).

Kap. 0660 Krigspensjon

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
70	Tilskudd, militære, <i>overslagsbevilgning</i>	300 078	293 000	279 000
71	Tilskudd, sivile, <i>overslagsbevilgning</i>	725 284	710 000	683 000
Sum kap 0660		1 025 362	1 003 000	962 000

Plantall

Post	2000 ¹⁾	2001	2002
70	KP-militær:		
	Antall invalider pr. 31.12	1 761	1 610
	Antall enker pr. 31.12	2 202	2 170
71	KP-sivil:		
	Antall invalider pr. 31.12	3 771	3 545
	Antall enker pr. 31.12	4 575	4 415

¹⁾ I tillegg kommer 114 andre personer.

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

1. Innledning

Formålet med krigspensjonen er å gi uførepen- sjon til personer som har fått men eller redusert arbeidsevne som følge av skade eller påkjennin- ger under krigsdeltakelse, politisk fangenskap, sjøtjeneste m.v. under den andre verdenskrigen. Pensjonsordningen gir også rett til ytelser for etterlatte etter krigspensjonister eller krigsska- dede.

Hovedmål	Resultatindikatorer
1. Behandle inn- komne søknader om krigspensjon	Utviklingen i antallet krigspensjonister og enker.
2. Sikre krigspensjo- nistene en rimelig levestandard	Pensjonsnivået i krigspensjoneringen

2. Hovedtrekk ved regelverket

Hovedlovene om krigspensjonering er av 13. desember 1946 – én for militærpersoner (militær- loven) og én for hjemmestyrkepersonell og sivil- personer (sivilloven).

Militærloven omfatter militærpersoner som har fått men som følge av skade eller sykdom som de er påført under tjenestegjøring i krig.

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

Ved tilleggslov av 22. mars 1968 ble krigspen- sjoneringen betydelig utvidet. Tilleggsloven omfatter visse innsatsgrupper som har vært utsatt for usedvanlig hard påkjønning. Arbeidsevnen må være varig nedsatt med minst 50 pst. i yrkesaktiv alder. For disse gruppene stilles det som regel ikke krav til årsakssammenheng mellom krigspå- kjønning og senere tap av ervervsevne.

Krigspensjonen er *en invalidepensjon*. Ved fast- settelsen legges det vekt på tapt arbeidsevne. Lovene omfatter også etterlatte.

Både for egenpensjon og etterlattepensjon set- tes krav til nasjonal holdning under krigen.

Lovene om krigspensjon fra 1946 var basert på et inntektsgradert pensjonsgrunnlag. Opprinnelig var det en rekke pensjonsgrunnlag, som ble fast- satt ut fra den årsinntekten pensjonisten ville ha hatt pr. juli 1946 dersom krigsskaden eller ulyk- ken ikke hadde inntruffet. Etter hvert ble de laveste grunnlagene avviklet.

Ved budsjettbehandlingen for 1999 ble et for- slag om likt grunnlag vedtatt med virkning fra 1. september 1999. Fra denne dato gir krigspensjo- neringen for innsats- og overgrepspersoner bare det høyeste grunnlaget, som pr. 1. mai 2001 utgjør en krigspensjon på 227 688 kroner. Tilfeldig krigs- skadede personer har en pensjon som utgjør 126 792 kroner.

3. Resultatrapport 2000

Militære

Pr. 31. desember 2000 var det 1 761 militære inva- lider og 2 202 militære enker. Antall invalidepen- sjonister har gått ned med 8 pst. fra 31. desember 1999. Antall enker gikk ned med 0,5 pst. i samme tidsrom.

Gjennomsnittlig pensjonsprosent var for invalide-
dene 80,6 og for enkene 85,3. Gjennomsnittsalde-
ren pr. 31. desember 2000 var 81 år for invalide-
ne og 78,3 år for enkene.

I 2000 var avgangen 166 invalider og 94 enker,
mens det var en tilgang på 12 invalider og 83
enker.

Utgiftene til militære krigspensjonister i 2000
fordelte seg slik: invalidepensjon 174,8 mill. kro-
ner og enkepensjon 118,2 mill. kroner. I faste pri-
ser er dette i forhold til tallene fra 1999 en ned-
gang på 0,2 pst. for invalide og en økning på 7,2
pst. for enkene. I tillegg kommer utgifter til skade-
kur på 7 mill. kroner.

Sivile

Per 31. desember 2000 var det 3 771 sivile invali-
der og 4 575 sivile enker. Antall invalidepensjonis-
ter har gått ned med 6 pst. fra 31. desember 1999,
mens antall enker viste en nedgang på 2,5 pst. fra
1999 til 2000.

Gjennomsnittlig pensjonsprosent for invalider
og enker var 79,2 og 87,3 pst. I gruppene 2 og 3
var det i alt 429 invalider og 137 enker.

Gjennomsnittsalderen pr. 31. desember 2000
var 79,2 år for invalide og 79,6 år for enkene.

I 2000 var det en avgang på 325 invalider og
286 enker, mens det var en tilgang på ca. 86 invali-
der og 168 enker.

Utgiftene til sivile krigspensjonister i 2000 for-
delte seg slik: invalidepensjon 400 mill. kroner og
enkepensjon 308,4 mill. kroner. I faste priser er
dette en økning på hhv. 1 pst. og 4,8 pst. fra 1999. I
tillegg kommer ca. 16,9 mill. kroner til skadekur.

4. Utfordringer og hovedprioriteringer

Det overordnede formålet med pensjonsordnin-
gen er å sikre de krigsskadede og deres etterlatte
rett ytelse til rett tid.

5. Budsjettforslag for 2002

Post 70 Tilskudd, militære

Tabellen nedenfor viser budsjetterte utgifter for
2002 (i 1 000 kr)

Invalidepensjoner, inklusive etterbetalinger	154 000
Enkepensjoner m.v. inklusive etterbetalinger	118 000
Skadekur, militærpersoner	7 000
Sum	279 000

Utgiftene til krigspensjon er generelt beregnet
etter satser pr. 1. mai 2001, og utgjør nettobeløpet
etter at det er gjort fradrag i krigspensjon på
grunn av samordning med ytelser fra folketryg-
den og yrkesskadetrygd. Utgiftene til enkepensjo-
ner m.v. inkluderer også barne- og ascendentpen-
sjoner (pensjoner til slektninger i rett oppadsti-
gende linje), men sistnevnte utgjør en svært
beskjeden andel av utgiftene. Utgiftene er anslått
til 279 mill. kroner i 2002.

Post 71 Tilskudd, sivile

Antall invalidepensjonister viser en jevnt syn-
kende tendens.

Tabellen nedenfor viser budsjetterte utgifter
for 2002 (i 1 000 kr)

Invalidepensjoner, inklusive etterbetalinger	363 000
Enkepensjoner m.v. inklusive etterbetalinger	304 000
Skadekur, sivilpersoner	16 000
Sum	683 000

For 2002 føres det opp 683 mill. kroner.

Kap. 0664 Pensjonstrygden for sjømenn

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
70	Tilskudd	194 206	185 000	178 600
	Sum kap 0664	194 206	185 000	178 600

Anslag over antall pensjonister og pensjonsutgifter for 2002¹⁾

Pensjonsart	Antall	Årlige pensjonsutgifter (1 000 kr)	Gjennomsnittlig pensjon pr. år (kr)
Alderspensjon før 67 år	6 400	641 000	97 121
Alderspensjon etter 67 år	11 450	125 000	10 197
Enkepensjon	9 400	104 000	11 064
Barnpensjon	5	20	4 000
Uførestønad	4	30	5 000
Samlet	29 459	870 040	31 685

¹⁾ Andre pensjonsarter enn alderspensjon før 67 år løper etter overgangsregler.

1. Innledning

Formålet med Pensjonstrygden for sjømenn er å gi arbeidstakere på skip m.v. førtids alderspensjon fra fylte 60 til 67 år.

2. Hovedtrekk ved regelverket

Lov om pensjonstrygd for sjømenn er av 3. desember 1948 nr. 7. Etter §§ 1 og 2 omfatter trygden som hovedregel norske statsborgere og personer med fast bopel i Norge som er tilsatt som arbeidstakere på norskregistrerte skip på 100 brutto registertonn eller mer.

Pensjonene

Fra 2001 er pensjonsnivået blitt hevet for personer som har vært i yrket fram til pensjonsalderen ved at det er innført et inntektsprøvd tillegg til pensjonene. Tillegget er midlertidig, og skal nedtrappes for nye årskull ettersom det bygges opp tariffestede suppleringspensjoner i størstedelen av næringen.

En overgangsordning for fastlåste lave pensjoner (livsvarige alderspensjoner og enkepensjoner for fartstid før 1. januar 1967) er avviklet fra og med 2001. Pensjoner som er innvilget med virkning før 2001 løper fortsatt.

Fra 1. mai 2001 utgjør fullt opptjent alderspensjon:

	Kroner per år
360 fartsmåneder opptjent som underordnet før 1. mai 1993	120 182
360 fartsmåneder opptjent som underordnet etter 30. april 1993	140 522
360 fartsmåneder opptjent som overordnet	168 257
Maksimalt inntektsprøvd pensjonstillegg	38 699

Finansiering

Etter sjømannspensjonstrygdloven § 8 dekkes utgiftene til pensjoner ved avgift på arbeidstakere og rederier, tilskudd fra trygdens fond og lovbestemte tilskudd fra staten. Trygden er garantert av staten.

Etter § 15 skal staten dekke den beregnede del av pensjonsutgiftene som skyldes:

1. tillegg for fartstid under andre verdenskrig,
2. enkepensjoner etter arbeidstakere som sluttet i pensjonsgivende tjeneste før 1. september 1939, og
3. utenlandsk hvalfangst.

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

Det påregnes at staten pga. sin garanti må dekke underskudd i trygden fra 2003.

Fra 1. januar 2002 blir det opprettet et nytt informasjons- og veiledningskontor for krigsrammede etter andre verdenskrig. Utgiftene skal dek-

kes fullt ut av staten så lenge kontoret består (anslagsvis 5 år). Når kontoret legges ned, er planen at de ansatte går over i ordinært arbeid i Pensjonstrygden. Informasjons- og veiledningskontoret opprettes samtidig med at Nasjonalhjelpens Fond for Krigens ofre legges ned. Utgiftene til Nasjonalhjelpens fond ble tidligere ført under kapittel 2600 post 70.

3. Resultatrapport

I 2000 var avgangen av antall pensjonister 4 011 mens tilgangen var 3 368 dvs. en netto avgang på 643 pensjonister.

Pensjonstrygden for sjømenn har i 2000 hatt mål og hovedprioriteringer knyttet til kvalitativ og effektiv administrasjon, løpende analyser av trygdens økonomiske situasjon, fondsforvaltning, utsending av informasjonsmateriale til potensielle rettighetshavere og gjennomføring av vedtatte lovendringer fra 2001. Pensjonstrygden har i 2000 innfridd Sosial- og helsedepartementets krav på disse områdene.

4. utfordringer og hovedprioriteringer

Det overordnede formålet for Pensjonstrygden for sjømenn er å sikre de berettigede riktig sjømannspensjon til rett tid. Den nye bestemmelsen om tillegg til sjømannspensjonen krever spesiell oppfølging framover fordi tillegget skal inntektsprøves.

Den økonomiske situasjonen i pensjonstrygden er vanskelig, og krever særlig bevakning. Pensjonstrygden finansieres gjennom et utligningssystem, og har hatt underskudd siden 1994. Den viktigste årsaken til dette er at det er færre aktive sjøfolk nå enn i store deler av etterkrigstiden.

Underskuddene de senere årene har vært dekket av reguleringsfondet, slik lovens § 14 tilsier. I 2000 var underskuddet 99 mill. kroner. Reguleringsfondet var 457 mill. kroner per 31. desember 2000. En regner med at dette fondet vil være brukt opp i løpet 2003. Dette innebærer at staten fra da av må innfri sitt garantiansvar.

I Ot.prp. nr. 20 (1999-2000) ble det varslet at staten gjennom sin garanti kan måtte dekke en forventet underbalanse i løpet av en 15 års periode, med opptil flere hundre millioner kroner i året. I 2000 hadde trygden gjennomsnittlig ca. 28 800 medlemmer hver måned. Beregninger pr. 1. januar 2001 viser at med uendret antall medlemmer og 3 pst. realrente utgjør kontantverdien av statsgarantien rundt 1540 mill. kroner for perioden 2003-2012. Med disse forutsetningene vil trygden fra 2013 være i økonomisk balanse og senere gå med et stadig økende overskudd.

5. Budsjettforslag for 2002

Det foreslås bevilget 178,6 mill. kroner, inkludert 1,6 mill. kroner til et nytt informasjons- og veiledningskontor for krigsrammede etter andre verdenskrig.

Kap. 0666 Avtalefestet pensjon (AFP)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
70	Tilskudd	438 541	497 000	589 000
	Sum kap 0666	438 541	497 000	589 000

1. Innledning

I tilknytning til inntektsoppgjøret for 1988 ble det fra 1. januar 1989 innført en ordning med avtalefestet pensjon (AFP) med statstilskott i privat sektor. I tillegg er det inngått lignende avtaler for offentlig ansatte. Utgifter for statsansatte er budsjetttert under kap. 1506 Statens Pensjonskasse.

Formålet med AFP er å gi større fleksibilitet og valgmulighet for personer som ønsker eller har behov for å gå av med pensjon før folketryg-

dens pensjonsalder på 67 år. Begrunnelsen for å innføre ordningen var spesielt hensynet til «slitne» arbeidstakere.

Etter lov 23. desember 1988 nr. 110 om statstilskott til ordninger for avtalefestet pensjon (tilskottsloven), dekker staten 40 pst. av de årlige utgiftene til pensjoner, eksklusivt AFP-tillegget, for 64-, 65- og 66-åringer, mens de øvrige utgiftene dekkes av arbeidsgiver. Arbeidsgiver dekker de samlede utgiftene fullt ut for 62- og 63-åringer. I tillegg bidrar staten indirekte til finansieringen

gjennom skattemessig gunstig behandling av pensjonen, og medregning av pensjonsopptjening i folketrygden etter uttak av AFP.

AFP-ordningen med statstilskudd er begrenset til pensjonsordninger som er opprettet ved avtale mellom landsomfattende organisasjoner av arbeidstakere og arbeidsgivere.

Pensjonsalderen for uttak av AFP er jevnlig redusert i forbindelse med lønnsoppgjør. Pensjonsalderen var 66 år i 1989 og 65 år i 1990, og ble ytterligere redusert til 64 år fra 1. oktober 1993, 63 år fra 1. oktober 1997 og 62 år fra 1. mars 1998.

AFP-ordningen gjelder ved siden av de tjenestepensjonsordninger med særaldersgrenser og førtidspensjonsordninger som allerede eksisterer for visse yrkesgrupper. Slike særaldersgrenser og førtidspensjonsordninger gjelder bl.a. innen yrkesområder som forsvar, politi, helsevesen, samferdsel og for fiskere, skogsarbeidere og sjømenn.

2. Hovedtrekk ved regelverket

AFP gir den enkelte rett til å gå av med pensjon på bestemte vilkår før fylte 67 år. Vedkommende må være i inntektsgivende arbeid på pensjonerings-tidspunktet. Pensjonering forutsetter opphør eller reduksjon av inntektsgivende arbeid.

AFP beregnes stort sett som folketrygdens uførepensjon, men det er andre avkortingsregler mot arbeidsinntekt.

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

Det var enighet mellom partene i arbeidslivet om endringene i reglene for kombinasjon av pensjon og arbeidsinntekt som trådte i kraft 1. august 2000. Endringen, basert på et såkalt pro-rata-prin-

sipp, innebærer at pensjonen reduseres med samme prosentsats som den nye arbeidsinntekten utgjør av tidligere arbeidsinntekt. Før var det slik at man kunne ha lønnsinntekt tilsvarende grunnbeløpet i folketrygden uten at dette fikk betydning for pensjonsutbetalingen. Dette fribeløpet er nå helt fjernet med de nye reglene. Dette vil redusere muligheten for at AFP-pensjonister kan få en høyere disponibel inntekt ved redusert yrkesaktivitet enn ved full yrkesaktivitet. Av administrative grunner er det imidlertid innført et «toleransebeløp» på 4 000 kroner, slik at avvik fra forventet inntekt som er mindre enn dette ikke får betydning for pensjonsutbetalingene.

AFP kan ikke gis i kombinasjon med uførepensjon, etterlattepensjon eller attføringspenger fra folketrygden.

Med virkning fra 31. juli 2000 har delvis yrkesaktive med delpensjon i AFP rett til sykepenger etter de vanlige bestemmelser i folketrygdloven. Dette innebærer at de har rett til sykepenger i inntil ett år som andre yrkesaktive, mot tidligere i inntil 90 dager.

3. Resultatrapport

Ved utgangen av 2000 var det 31 576 pensjonister som mottok avtalefestet pensjon, hvorav 14 493 i privat sektor. Det er bare ordningene i privat sektor som får statstilskudd og som omtales i budsjettet her. I kommunal og statlig sektor dekker arbeidsgiver utgiftene fullt ut. Når det gjelder statlig sektor vises det til Arbeids- og administrasjonsdepartementets budsjett, kap. 1542, jf. kap. 1540 Statens Pensjonskasse.

Av befolkningen totalt mellom 62-67 år var det 18,3 pst. AFP-pensjonister pr. 31. desember 2000. Ca. 80 pst. av AFP-pensjonistene har full pensjon. I aldersgruppen 65-67 år var det i 2000 noen flere som tok ut AFP-pensjoner enn de som ble uførepensjonister, hhv. 1 693 og 1 409. I 1999 var tallene for nye AFP-pensjonister og nye uførepensjonister i denne aldersgruppen hhv. 1 709 og 1 690.

Antall pensjonister med AFP i privat sektor, og gjennomsnittlig årlig pensjon (uten AFP-tillegg og ektefelle tillegg) fordelt etter alder. Menn og kvinner, pr. 31. desember 2000.

Alder	Antall			Gjennomsnittlig pensjon		
	I alt	Menn	Kvinner	I alt	Menn	Kvinner
62	2 380	1 740	640	130 322	143 387	94 802
63	3 159	2 295	864	127 383	140 052	93 731
64	3 213	2 329	884	129 211	142 542	94 090
65	3 020	2 225	795	130 819	143 918	94 158
66	2 812	2 065	747	130 862	143 928	94 743
67 ¹⁾	202	159	43	131 028	140 667	95 383
I alt	14 786	10 813	3 973	129 667	142 670	94 277
herav 64-67 år	9 247	6 778	2 469	130 278	143 372	94 332

¹⁾ Overgangen fra AFP til alderspensjon skjer måneden etter at pensjonisten fyller 67 år.

Fra 1999 til 2000 økte antall AFP-pensjonister i privat sektor fra 12 151 til 14 786. Disse fordelte seg med ca. 13 817 innen LO/NHO-ordningene

og i overkant av 600 innen bank- og finansnæringen og i underkant av 300 personer fra NAVO. Dette er fordelt på 3 973 kvinner og 10 813 menn.

Antall pensjonister med AFP i privat sektor i alderen 64-67 år pr. 31. desember 2000 og endring fra året før. Menn og kvinner. 1996-2000.

År	Antall			Prosentvis endring fra året før		
	I alt	Menn	Kvinner	I alt	Menn	Kvinner
1996	4 651	3 408	1 243	19,7	17,9	25,2
1997	5 740	4 271	1 469	23,4	25,3	18,2
1998	6 919	5 128	1 791	20,5	20,1	21,9
1999	7 783	5 766	2 017	12,5	12,4	12,6
2000	9 247	6 778	2 465	18,9	17,6	22,2

Fra 1999 til 2000 økte antall AFP-pensjonister i alderen 64-67 år i privat sektor med 1 464 personer. Pr. 31. desember 2000 var det registrert 9 247 AFP-pensjonister i alderen 64-67 år i privat sektor. Dette er en økning på 1 464 personer fra året før.

Den gjennomsnittlige pensjonsgraden var 95,4 pst. for aldersgruppen 62-67 år og 96,6 pst. for aldersgruppen 64-67 år pr. 31. desember 2000.

Antall nye AFP-pensjonister i privat sektor i alderen 64-67 år i løpet av året og prosentvis endring fra året før. Menn og kvinner 1996-2000.

År	Antall			Prosentvis endring fra året før		
	I alt	Menn	Kvinner	I alt	Menn	Kvinner
1996	2 309	1 687	622	14,9	16,7	10,5
1997	2 924	2 216	708	26,6	31,4	13,8
1998	3 268	2 409	859	11,8	8,7	21,3
1999	3 412	2 511	901	4,4	4,2	4,9
2000	4 146	3 001	1 145	21,5	19,5	27,1

Det kom 5 410 nye AFP-pensjonister i privat sektor i 2000 (inkl. NAVO) i aldersgruppen 62-67 år. Dette er 731 flere personer enn i 1999. Antallet nye AFP-pensjonister i offentlig sektor var på 6 680 personer i 2000. Det er 1 262 flere personer enn i 1999 da antallet nye pensjonister utgjorde 5 418 personer. Det ble registrert en rekordstor økning i antallet AFP-pensjonister i juni og juli

2000. Det kom 3 947 nye pensjonister i disse månedene mot 2 133 i de samme månedene 1999. Mange valgte å ta ut AFP i forkant av den nye delpensjonsordningen, som trådte i kraft i august 2000, for derved å kunne få pensjonen beregnet etter de tidligere reglene for kombinasjon av pensjon og arbeidsinntekt. Etter august har tilgangen vært vesentlig lavere enn tidligere år.

4. utfordringer og hovedprioriteringer

Hovedmål	Resultatindikatorer
Fleksibilitet og valgmulighet	Andel personer som benytter seg av AFP-ordningen Antall nye AFP-pensjonister i forhold til andel yrkesaktive med rett til AFP

Pensjonsalderen i AFP-ordningen er blitt satt ned flere ganger. I tillegg er flere organisasjoner og bedrifter tilknyttet ordningen i dag enn tidligere. Dermed er det flere personer som har mulighet til å ta ut AFP enn for 10 år siden. Om lag 60 pst. av landets yrkesaktive er i dag omfattet av AFP.

Tall fra Arbeidskraftsundersøkelsen viser at det har vært en sterk nedgang i andelen eldre sysselsatte over 60 år i perioden 1980-1998. Av 60-66-åringene var 52 pst. ikke i arbeid i 1998. I hovedsak har det vært en nedgang blant eldre menn og særlig blant de over 64 år. Yrkesdeltakelsen for kvinner har derimot vært økende, noe som skyldes generell økende yrkesaktivitet blant kvinner. I 1989 var andelen sysselsatte kvinner i alderen 60-66 år 38 pst., i 1998 var andelen 42 pst. Beregn-

ger gjort i forbindelse med NOU 1998:19, «Fleksibel pensjonering», viser at over 2/3 av 63-åringene som har tilgang på AFP i 1997 vil gå av med AFP innen de fyller 67 år.

NOU 1998:19 Fleksibel pensjonering omfatter beskrivelser og analyser av eldres situasjon på arbeidsmarkedet og utviklingen framover. Utvalget sonderer blant annet mellom tiltak for å motvirke tidligpensjonering på kort og på lang sikt. Utvalget foreslår flere tiltak som primært tar sikte på bedre målretting av ordningen med avtalefestet pensjon, likhet og forenkling. Utvalget peker på at hensikten da ordningen ble innført, var en begrenset ordning for de som var «slitne» etter mange år i arbeidslivet. Spørsmål som utvalget tar opp, er omtalt i Nasjonalbudsjettet 2000 (kap. 6) og er vurdert i sammenheng med andre aktuelle pensjonsutredninger i Langtidsprogrammet for 2002-2005. Det er i den forbindelse at det våren 2001 ble opprettet en pensjonskommisjon som blant annet skal vurdere utviklingen i tidligpensjonering og behovet for slike ordninger i framtiden. Kommisjonen skal avveie hensynet til at et framtidig pensjonssystem skal sikre eldre arbeidstakere valgfrihet med hensyn til pensjoneringstidspunkt, samtidig som rettighetene sikres for arbeidstakere som har behov for å trappe ned eller slutte.

Pensjonskommisjonen skal legge fram sin utredning innen 1. oktober 2003.

5. Budsjettforslag for 2002

For 2002 er det lagt til grunn et gjennomsnittlig pensjonsnivå på 136 300 kroner (ekskl. AFP-til-

legg på 11 400 kroner). Gjennomsnittlig antall pensjonister som staten gir tilskudd for er beregnet til 10 800 personer. Det budsjetteres med 589 mill. kroner til avtalefestet pensjon i privat sektor i 2002.

Programkategori 09.70 Eldre og funksjonshemmede

Utgifter under programkategori 09.70 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert budsjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
0670	Tiltak for eldre	2 787 041	3 505 700	61 500	-98,2
0673	Tiltak for funksjonshemmede	1 219 668	1 179 750	1 251 700	6,1
0674	Handlingsplan for funksjonshemmede	70 824	86 600	45 600	-47,3
0675	Tiltak for eldre og funksjonshemmede	59 449	86 600	94 700	9,4
0676	Kompetansesentra for funksjonshemmede	69 476	117 850	71 900	-39,0
Sum kategori 09.70		4 206 458	4 976 500	1 525 400	-69,3

Utgifter under programkategori 09.70 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert budsjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
01-23	Statens egne driftsutgifter	91 954	122 510	84 200	-31,3
50-59	Overføringer til andre statsregnskap	15 250	23 400	29 400	25,6
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	3 898 514	4 568 300	1 138 100	-75,1
70-89	Andre overføringer	200 740	262 290	273 700	4,4
Sum kategori 09.70		4 206 458	4 976 500	1 525 400	-69,3

1. Formål og hovedprioriteringer

Programområdet omfatter både den generelle politikken i forhold til eldre og funksjonshemmede, og tiltak som gjelder pleie- og omsorgstjenesten. Det overordnede mål for eldrepolitikken er å sikre eldre uavhengighet, deltakelse, omsorg, selvutfoldelse, trygghet og verdighet. Politikken for funksjonshemmede har som mål å sikre alle full deltakelse og likestilling i samfunnet. Disse

overordnede målene er i tråd med FN's prinsipper for eldre i verden og FN's standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemming. Målene forutsetter en helhetlig politikk med tiltak som omfatter flere departementers saksområder.

Samfunnet må tilrettelegges for at både yngre og eldre mennesker med funksjonsnedsettelser skal kunne delta. Handlingsplanen for funksjonshemmede, som videreføres i 2002, inneholder en

lang rekke tiltak med dette formål. NOU 2001:22 Fra bruker til borger som nylig er lagt fram, foreslår strategier for videre arbeid. Regjeringen vil ta stilling til disse etter en bred høringsbehandling, med sikte bl.a. på forslag i budsjettet for 2003.

Pleie- og omsorgstjenestene er av avgjørende betydning for mange mennesker med funksjonsnedsettelse i alle aldre. Handlingsplanen for eldreomsorgen, opptrappingsplanen for psykisk helse og handlingsplanen mot rusmiddelmisbruk muliggjør, sammen med øvrig vekst i kommunenes økonomi, en nødvendig utbygging og modernisering av pleie- og omsorgstjenestene. Det gjelder både sykehjemmene og tjenester i omsorgsboliger og vanlige hjem. Pleie- og omsorgstjenestene må organiseres slik at personer med funksjonshemming og eldre så langt som mulig kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Tjenestetilbudet må så langt som mulig utformes i samråd med brukeren, slik lovgivningen forutset-

ter. Det er særlig viktig at yngre funksjonshemmede som ønsker det får tjenester i en vanlig eller tilpasset bolig i et vanlig bomiljø, og ikke blir tvunget til å flytte til sykehjem eller liknende samlokaliserte omsorgsboliger («omsorgsghettoer»).

Personellet er pleie- og omsorgstjenestenes viktigste ressurs. Departementets satsing på personelltiltak omfatter rekruttering, kvalifisering, ledelse, arbeidsmiljø og bruk av IT.

Kommunene har ansvaret for utformingen av pleie- og omsorgstjenestene. Det legges vekt på at kommunene i størst mulig grad skal utforme og bygge ut et pleie- og omsorgstilbud i tråd med de nasjonale mål, den enkeltes behov og rettigheter og samtidig tilpasset de lokale forhold. Arbeidet med fornying og forenkling av pleie- og omsorgstjenestene tar sikte på at tjenestetilbudet skal styres av rettigheter og behov og ikke av finansieringsordninger og statlig regelverk om utformingen.

2. Tilstandsvurdering

Plasser i sykehjem, aldershjem, omsorgsboliger og andel enerom. Utvikling i dekningsgrader for årene 1992-2000.

Bolig/Institusjon	1992	1997	1998	1999	2000 ¹⁾
Plasser i sykehjem pr. 100 innbyggere 80 år og over	19,10	18,50	18,46	18,79	18,33
Plasser i aldershjem pr. 100 innbyggere 80 år og over	8,40	5,00	4,05	3,58	3,11
Antall omsorgsboliger pr. 100 innbygger 80 år og over	ingen reg.	2,90	3,84	5,33	6,67
Andel av rommene i alders-institusjoner som er enerom	79,40	83,10	83,80	85,00	85,90

¹⁾ 2000 tallene er foreløpige pr. juni 2001, og erfaringene tilsier at de endelige tallene kan bli noe høyere.

Andel mottakere av hjemmetjenester i ulike aldersgrupper (i pst.)

Aldersgrupper	1992	1997	1998	1999	2000 ¹⁾
0-66	0,68	0,83	0,88	0,90	0,99
67-79	11,80	10,80	10,94	10,90	10,83
80 år og eldre	40,00	37,30	37,80	39,30	38,55

¹⁾ 2000-tallene er foreløpige pr. juni 2001.

Kilde: SSB

Personellutviklingen i pleie- og omsorgssektoren 1992-2000. Dekningsgrader pr. bruker og pr. innbygger 80 år og eldre ¹⁾

Personell	1992	1997	1998	1999	2000 ²⁾
Årsverk pr. bruker av pleie- og omsorgstjenester	0,35	0,41	0,42	0,43	0,44
Årsverk pr. 100 innbyggere 80 år og eldre	39,70	43,10	43,90	45,50	45,30

¹⁾ Tabellen omfatter både personell knyttet til mottakere av hjemmetjenester og beboere innlagt i institusjon.

²⁾ 2000-tallene er foreløpige tall pr. juni 2001

Kilde: SSB

Sykehjemsplasser/institusjonsplasser/omsorgsboliger

Antall sykehjemsplasser har økt med 381 til 36 085 fra 1999 til 2000. På tross av at antall sykehjemsplasser har økt, har dekningsgraden for eldre over 80 år gått litt ned. Årsaken er at aldersgruppen 80 år og eldre har økt langt sterkere fra i fjor til i år enn fra 1998 til 1999.

Tallet på omsorgsboliger har økt med 3 010 fra 1999 til 2000. Samtidig er antallet aldershjemsplasser redusert med 694 til 6 118 plasser.

Mange kommuner bygger omsorgsboliger som et alternativ til sykehjem. Det er derfor naturlig å se dekningsgraden for institusjoner (syke- og aldershjem) i sammenheng med dekningsgraden for boliger. For 2000 er den samlede dekningsgraden 28,11 pr. 100 innbygger 80 år og over, som er en liten økning i forhold til i 1999.

Mottakere av hjemmetjenester

Antall mottakere av hjemmetjenester har økt med 2 100 til 159 501 fra 1999 til 2000.

Det er i aldersgruppen 0-66 år man har den sterkeste økningen og antallet er økt med 2 349

fra 1999 til 2000. Det er en nedgang i antall mottakere i aldersgruppen 67-79 år med til sammen 1 500. Som følge av at antall personer over 80 år har økt sterkt, har dekningsgraden gått ned fra 39,28 i 1999 til 38,55 pr. 100 innbyggere over 80 år i 2000 på tross av at 1 264 flere personer i aldersgruppen mottar hjemmetjenester.

Antall mottakere av omsorgslønn har økt med 1 018 til 6 251 personer fra 1999 til 2000.

Årsverk

Fra 1992 har antall årsverk pr. bruker økt fra 0,35 til 0,44 i 2000. En av årsakene til økningen er at det blir stadig flere brukere med omfattende behov. Antall brukere som mottar hjemmetjenester mer enn 35,5 timer eller mer pr. uke har økt med i underkant av 400 til ca. 6000 fra 1999 til 2000.

Veksten i antall årsverk pr. bruker har først og fremst kommet i de yngre aldersgruppene (0-66 år) tilgode. Undersøkelser viser at yngre brukere ofte krever mer ressurser enn eldre, men også eldre brukerne har mer omfattende behov nå enn før bl.a. på grunn av tidligere utskriving fra sykehus.

Andre tjenester

Mottakere av avlastning har økt med i underkant av 400 til 7874 fra 1997 til 2000. Økningen skjer i aldersgruppe 0-17 år. Antall mottakere av støttekontakt har økt med ca. 1 400 til 19 606 fra 1999 til 2000. Det har vært en økning i alle aldersgrupper. Siden 1997 har det vært en økning på over 3 000 mottakere. Den sterke veksten kan bl.a. henge sammen med opptrappingsplanen for psykisk helse.

Antall personer med stimuleringstilskudd til brukerstyrt personlig assistent har økt fra 687 i 2000 til 791 i 2001.

3. Handlingsplanen for eldreomsorgen

Regjeringen varslet i Kommuneproposisjonen for 2002 (St.prp. nr. 82 (2000-2001)) en vurdering av drifts- og investeringsbehovet i eldreomsorgen i forbindelse med statsbudsjettet for 2002. Det vil her bli gitt en gjennomgang av situasjonen basert på den informasjon som forelå i august 2001, som senere vil bli supplert med tall for kommunenes søknader til Husbanken ved fristen 1.10. Det vises for øvrig til omtale under kap. 586 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett.

Regjeringen går inn for å utvide tilsagnsrammen for 2002 med om lag 4.000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger før handlingsplanen avsluttes. Sykehjemsandelen vil være omlag 70% og det forutsettes at tilsagnene ikke kommer til utbetaling før i 2003. Prosjekter som ikke kan prioriteres innenfor handlingsplanen henvises til den nye tilskuddsordningen i Husbanken. Se for øvrig omtale nedenfor.

Handlingsplanens målsetting for årene 1998 til 2001 er 12 030 årsverk. I følge SSB viser resultatene etter tre år at omsorgstjenestene er styrket med 9.700 årsverk. De kommunale planene angir videre at tjenesten vil få en vekst med 2.800 årsverk i 2001. Inkludert i disse tallene er også stillinger opprettet i pleie- og omsorgssektoren med tilskudd fra opptrappingsplan for psykisk helse. Handlingsplanen har etter de tre første årene oppfylt målsettingen om en økning med 9.000 årsverk i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

Handlingsplanens målsetting for årene 1998 til 2002 er 29 400 sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Husbanken har godkjent utbygging og utbedring av nesten 18 000 omsorgsboliger og sykehjemsplasser i perioden 1998-2000. Dette samsvarer godt med måltallene.

Kommunene har i perioden 1998-2000 ferdigstilt 13.500 nye sykehjemsplasser og omsorgsboli-

ger, som utgjør 45 % av målsettingen om 29.400 enheter. Av dette gir i alt 8.650 enheter kapasitetsøkning. Resultatene etter tre år med handlingsplanen viser at det er godt samsvar mellom vedtatte mål og oppnådde resultater.

Investeringsbehovet framover

Sosial- og helsedepartementet har i løpet av sommeren gjennomgått situasjonen i landets kommuner og vurdert de prosjektene det ikke er rom for innenfor dagens ramme, med spesielt fokus på prosjekter som er sentrale for de nasjonale målsettingene som ble vedtatt av Stortinget våren 1997.

Det forventes at søknadsmengden ved fristens utløp vil overstige rammen med om lag 10.000 enheter. De endelige søknadstallene i Husbanken pr. 1. oktober vil bli lagt fram for Stortinget i et eget tilleggsnummer til St. prp. nr. 1 (2001 – 2002).

Status for målene om enerom, utbedring og utskifting

Målsettingen er å slutføre eneromsreformen innen 1. januar 2003 slik at alle beboere i syke- og aldershjem som ønsker det kan få eget rom. Samtidig er det et mål å avskaffe uverdige bo- og arbeidsmiljøforhold i gamle institusjoner som er brannfarlige, trangbodd eller uten eget bad/wc.

I følge kommunenes planer vil det være behov for om lag 19.000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger til «eneromsreformen» og utskifting av gammel bygningsmasse i perioden 1998-2004.

Da handlingsplanen ble satt i verk fra 1998 var 83 % av i alt 37.400 beboerrom i pleie- og omsorgstjenestens institusjoner enerom (SSB). Det innebærer at nesten 13.000 beboere fortsatt bodde i to eller flersengs-rom. Etter tre år av handlingsplanperioden er eneromsandelen økt til 85,9 % i 2000. Kommunene planlegger en eneromsdekning på over 90%. Flere av de større byene planlegger en forholdsvis lav eneromsdekning. Kommunene bygger ut kapasiteten først, derfor skjer bedringen i eneromsdekningen i slutten av handlingsplanperioden.

Gamle aldershjem og kombinerte alders- og sykehjem skiftes ut, og opp til 4.000 aldershjemsplasser vil falle bort innen utgangen av 2004. Disse plassene vil i stor grad bli erstattet med omsorgsboliger.

Samlet innebærer dette en betydelig kvalitetsheving av eldreomsorgens bygningsmasse, som vil gi både høyere bostandard og bedre arbeids-

miljø. Dette vil ha betydning både for de som bor her og de som arbeider her, og legge til rette for større trivsel, bedre rekruttering og høyere effektivitet.

Status for målet om tilstrekkelig kapasitet og dekningsgrad

Handlingsplanens målsetting er å sikre at tjenestene bygges i takt med økningen i antall eldre og opprettholde en tilfredsstillende dekningsgrad. I løpet av nittitallet er dekningsgraden i mange kommuner redusert fordi antall eldre innbyggere økte uten at tilbudet ble bygd ut. Det er imidlertid stor variasjon i kommunenes demografiske utfordringer. Om lag 100 kommuner får færre eldre i perioden 1998 til 2007, mens 80 kommuner har en vekst på mer enn 25 % i antall eldre over 80 år.

Kommunene vil utfra sine planer utvide kapasiteten i pleie- og omsorgstjenesten med 26.800 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger i løpet av perioden 1998-2004. Dette fordeler seg med 21.750 omsorgsboliger og 5.050 sykehjemsplasser. En del av disse boligene er knyttet til opptrappingsplan for psykisk helse.

Før handlingsplanen ble igangsatt var institusjonsdekningen for landet 23,5 % i forhold til befolkningen over 80 år, mens sykehjemsdekningen alene var 18,5 %. Omsorgsboligdekningen var 2,9 %. For første gang på nesten 10 år økte sykehjemsdekningen i 1999, mens den for 2000 igjen gikk noe ned. Ved utgangen av 2000 hadde 80 % av kommunene en samlet dekning av institusjonsplasser og omsorgsboliger på over 25 % av antall eldre over 80 år.

Kommunenes reelle kapasitet av heldøgns omsorg og pleie vil imidlertid avhenge av hvor mange av kommunenes omsorgsboliger som til en hver tid betjenes med omfattende døgnskunterte tjenester. Kommunenes dekningsgrad av heldøgns tjenester er avhengig av tjenestenivået i kommunen og ikke bare institusjons og omsorgsboligtilbudet.

Omsorgsboligdekningen øker vesentlig og erstatter nedleggingen av gamle aldershjem. Utbyggingen skjer raskere enn veksten i antall eldre tilsier, og gir en samlet dekning i pleie- og omsorgstilbudet som etter hvert tar igjen det forsømte og legger grunnlaget for en styrket kapasitet i framtida.

Dersom kommunenes planer gjennomføres kan nesten 100 kommuner tilby en institusjonsplass eller omsorgsbolig til mer enn 45 % av sine innbyggere over 80 år. 13 % av kommunene vil få en institusjons- og boligdekning under 30 %, 64 %

av kommunene 30-45 % dekning. Mange kommuner har i tillegg trygde- og serviceleiligheter som ikke inngår i denne oversikten. Det kan være særlige forhold i enkelte kommuner som gir grunn til høy dekningsgrad, men tallene illustrerer at svært mange kommuner planlegger en utbygging utover de behovsvurderinger som ligger til grunn for handlingsplanen. På den andre siden er det fortsatt kommuner med et for dårlig utbygd tilbud. En god fordeling av investeringsmidlene er derfor en sentral oppgave i siste del av handlingsplanarbeidet. Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Bærum, Kristiansand, Fredrikstad, Tromsø, Drammen og Sandnes er kommuner med mer enn 50.000 innbyggere, og utgjør samlet omtrent 1/3 av befolkningen i Norge. Holdes eneromssatsing og utskifting av gammel bygningsmasse utenfor, planlegger de 10 største kommunene en kapasitetsøkning tilsvarende 75 % av landsgjennomsnittet. De vil samtidig bruke noe lenger tid på gjennomføringen. Tromsø, Drammen, Trondheim og Stavanger planlegger den største kapasitetsveksten og ligger over landsgjennomsnittet, mens Sandnes, Oslo og Bergen ligger lavest.

Hva gjenstår for en vellykket avslutning

Etter å ha stipulert en fordeling av den vedtatte ramme på 29 400 enheter, viser departementets gjennomgang at om lag 1/3 av kommunene fortsatt ikke er satt i stand til å nå handlingsplanens målsetting om enerom, utskifting av uegnet bygningsmasse og tilstrekkelig kapasitet av heldøgns omsorg og pleie. Behovet knyttes i stor grad til enkelte store kommuner som først søker tilskudd i siste del av planperioden, og til kommuner med sterk vekst i antall eldre i årene framover. Samlet mener departementet at det vil være behov for ytterligere om lag 4.000 enheter. Disse fordeler seg omlag slik:

- 25 % gjelder fullføring av eneromsreformen,
- 35 % utbedring og utskifting av gamle institusjonsbygg
- 40 % tilstrekkelig kapasitet.

Det tas forbehold om at søknadsmengden ved søknadsfristens utløp kan gjøre det nødvendig å justere dette behovsanslaget.

Ut fra en nøktern vurdering viser departementets gjennomgang at 2/3 av landets kommuner i hovedsak er satt i stand til å oppfylle handlingsplanens målsettinger. Selv om det i en del av disse kommunene finnes prosjekter som innfrir prioriteringsreglene, er det departementets vurdering at de bør gis lavere prioritet utfra hensynet til like-

behandling og at de har fått sin andel av handlingsplanens midler. Dette innebærer at en del gamle institusjonsbygg og flersengsrom ikke kommer med, og at noen kommuner må styrke dekningsgraden uten ytterligere midler fra handlingsplanen. Disse kommunene foreslås henvist til den nye tilskuddsordningen som skal gjelde etter handlingsplanen.

For å nå handlingsplanens vedtatte målsetting om 29 400 plasser/ boliger, må det tas hensyn til økt sykehjemsandel ved budsjettering av midler til Husbanken. Andelen sykehjemsprosjekter godkjent av Husbanken er økende i forhold til andelen omsorgsboliger, og ser for 2002 ut til å bli omlag 70 %.

Framtidig tilskuddsordning

Før handlingsplanen ble iverksatt disponerte Husbanken stimuleringsstilskudd til investeringer i sykehjem og omsorgsboliger. Etter handlingsplanperioden er avsluttet, etableres det en tilskuddsordning til sykehjemsplasser og omsorgsboliger etter modell av tilskuddsordningen før handlingsplanen trådte i kraft. Kommuner som ikke kan gis ytterligere tilskudd innenfor handlingsplanens ramme henvises til den nye ordningen.

Driftsbehov framover

Om lag 270 av landets kommuner har for de nærmeste årene etter handlingsplanen rapportert om ytterligere styrking av omsorgstjenestene. Til sammen planlegger kommunene ytterligere 4.500 årsverk i 2002- 2004. Til sammenligning er behovsanslaget i St. meld. nr. 34 (1999-2000) en økning på 5.500 personellårsverk fra 2002 til 2007.

Regjeringen vil legge til rette for at det anslåtte behovet for 5.500 nye årsverk i perioden 2002-2007 finansieres gjennom inntektssystemet. Slik som foreslått i St. meld nr 34 (1999-2000) omfattes spørsmålet om framtidig personellvekst av konsultasjonsordningen mellom Kommunenes Sentralforbund og Regjeringen. På bakgrunn av konsultasjonene mener regjeringen det kan være behov for om lag 1.000 nye årsverk i 2002. Veksten forutsettes dekket innenfor rammen av kommunenes frie inntekter. KS understreker at det knytter seg usikkerhet til dette tallet, og at behovet trolig er større. Det er grunn til å anta at veksten først og fremst kommer i de kommunene som har vekst i antall eldre innbyggere eller som opplever økt behov knyttet til andre brukergrupper.

Kap. 0670 Tiltak for eldre

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
61	Tilskudd til omsorgstjenester, <i>kan overføres</i>	2 768 398	3 495 400	50 800
62	Styrking av geriatri, <i>kan overføres</i>	7 243		
70	Tilskudd til pensjonistenes organisasjoner m.m.	6 000	4 700	4 900
72	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	5 400	5 600	5 800
	Sum kap 0670	2 787 041	3 505 700	61 500

Overført fra 2000 til 2001:

Post 61: 1 594 000 kroner

Post 62: 469 000 kroner

Post 61 Tilskudd til omsorgstjenester, kan overføres

Handlingsplanen for eldreomsorgen går nå inn i sitt femte år . I tråd med St. meld. nr. 34 (1999-2000) og omtalen i Kommuneproposisjonen for

2002 ((St.prp. nr. 82 (2000 – 2001)) foreslås omsorgstjenestetilskuddet med ca. 3,4 mrd. kroner overført til kommunenes rammetilskudd. I tillegg innlemmes midler fra kapittel 571 post 68 Forsøk med rammefinansiering. Skjønnstilskuddet legges inn i den generelle skjønnsrammen for å videreføre de hensyn som har tatt i planperioden. Dette bidrar til å øke skjønnsrammen med 175 mill. kroner.

Regjeringen foreslår at tilsammen 50,8 mill. kroner videreføres på kapittel 670 post 61.

1. Formål og hovedprioriteringer

Formålet med omsorgstjenestetilskuddet har vært å bidra til å styrke den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Videre styrking av tjenestene i perioden 2002 – 2007 vil skje gjennom kommunenes frie inntekter.

2. Resultatrapport og tilstandsvurdering

Det har vært en målsetting å etablere omlag 3 000 nye årsverk i pleie- og omsorgstjenesten hvert år i planperioden. Foreløpige tall fra SSB viser at det er opprettet 2.837 nye årsverk i løpet av 2000, og det er for planens tre første år etablert om lag 9.700 årsverk. For en nærmere omtale av handlingsplanens resultater vises det til pkt. 3 under kategoriinnledningen 09.70.

Midlene er forutsatt brukt til reell styrking av pleie- og omsorgstjenesten. Dersom kommunen ikke oppfyller vilkårene for utbetaling, eller at innsendt materiale er mangelfullt, utbetales ikke midlene. I september 2001 var det 12 kommuner som kun mottok avkortet tilskudd. Det forventes at de fleste av de gjenværende kommuner i løpet av høsten vil innfri kravene knyttet til tilskuddet og få utbetalt midlene.

I 2001 mottar omlag 260 kommuner skjønnstilskudd og omlag 90 av disse mottar kompensasjon pga større investeringer før finansieringsordningene ble endret. Omlag 50 mill. kroner er tildelt til dette formålet. Videre er omlag 120 mill. kroner tildelt kommuner med svakt utbygd pleie- og omsorgstjeneste og 35 mill. kroner til kompetansehevende tiltak.

Midlene tildelt kommuner for tidlig utbygging gir ikke nødvendigvis ny aktivitet og nye årsverk innenfor pleie- og omsorgstjenesten, men ivaretar kommuner som langt på vei hadde bygget ut tjenestene før handlingsplanen ble satt i verk. Utvidelsen av kriteriene for skjønnstilskudd har medført noe lavere måloppnåelse og at utjevningseffekten i forhold til kommunale forskjeller er blitt mindre.

Slik som det ble redegjort for i statsbudsjettet for 2001 er om lag 20 mill. kroner av omsorgstjenestetilskuddet for 2001: a) godskrevet gjennomførte og dokumenterte effektiviseringstiltak som aktivitetsvekst og b) på skjønnsmessig grunnlag utbetalt på grunnlag av mindre aktivitetsvekst i kommuner med stram økonomi, men som har en tilfredsstillende pleie- og omsorgstjeneste i for-

hold til utviklingen av antall eldre. 25 kommuner i 8 fylker har på denne måten mottatt fullt omsorgstjenestetilskudd uten å dokumentere tilsvarende vekst i antall nye årsverk.

3. Satsingsområder og mål for 2002

Kostnadsnøkkelen for kommunene er endret som følge av at omsorgstjenestetilskuddet innlemmes fra 2002. Dette gir ingen vesentlige omfordelingsvirkninger og det legges derfor ikke opp til en overgangsordning. Fylkesmannen vil i 2002 kontrollere at kommunene har oppnådd den forutsatte personellveksten i løpet av 2001. Dersom kommunen ikke kan dokumentere tilstrekkelig vekst vil overføringen i 2002 bli tilsvarende avkortet. Kommunene er tidligere varslet om dette, senest i Kommuneproposisjonen for 2002 (St.prp. nr. 82(2000-2001)). Beregningsteknisk dokumentasjon til statsbudsjettet (Grønt Hefte rundskriv H-31/01) gir en illustrasjon på fordelingen av omsorgstilskuddet ved bruk av endret kostnadsnøkkel for kommunene i inntektssystemet. Kostnadsnøkkelen til kommunen vil endres i 2002 også av andre årsaker enn innlemming av omsorgstilskuddet, men dette er det sett bort fra ved beregning til kolonnen fordi målet med den er å illustrere innlemmingen isolert.

Den delen av skjønnstilskuddet som går til kompetansehevende tiltak og de midlene i handlingsplanen som har gått til personell og rekrutteringstiltak og oppfølging av tiltak (i St.meld.nr. 28 (1999-2000) Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene og St.meld. nr. 34 (1999-2000) Handlingsplan for eldreomsorgen) foreslås videreført til slike formål. Det gjelder midler til kvalifiseringstilak for ufaglærte og til etter- og videreutdanning. For å øke tilgangen av personell vil det også bli gitt midler til oppdateringskurs for helse- og sosialpersonell. Midlene vil bli fordelt av fylkesmennene sammen med midler til tilsvarende formål i sosialtjenesten og opptrappingsplanen for psykisk helse, jfr omtale under personelltiltak i innledningen til denne proposisjonen.

Økt krav til kvalitet, produktivitet og effektivitet, bedre rammer for individuell og organisatorisk læring, ny teknologi og nye metoder er drivkraften bak behovet for endring i helse- og sosialsektoren. Det er en utbredt søkning etter stadig bedre måter å øke kvaliteten til tjenestene på. Engasjement fra ledere og ansatte er en forutsetning for å få til god kvalitet. Det legges opp til etablering av et program om kvalitetsutvikling og ledelse i samarbeid med KS. Det er i tråd med målsettingen i langtidsprogrammet (2002-2005)

om at regjeringen vil legge økt vekt på personalpolitikken og på ledelse i offentlig virksomhet. Dette forutsetter videre teoriutvikling og forskning basert på praksis i den kommunale sektor.

Som forutsatt i kommuneproposisjonen for 2002 (St. prp. nr. 82 (2000 – 2001)) tas det sikte på at 10 mill. kroner av den delen av bevilgningen som videreføres brukes til innføring av statistikk-systemet IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) i KOSTRA. IPLOS skal erstatte dagens statistikk over brukerne av pleie- og omsorgstjenester. Det vil gi statistikk over behovene hos dem som mottar pleie- og omsorgstjenester og over omfang og type tjenester som ytes. Systemet skal inngå i den samlede kommune-stat-rapporteringen KOSTRA. Kommunene og statlige myndigheter får derved bedre grunnlag for vurdering av kvalitet og effektivitet i tjenesten og bedre grunnlag for planlegging, styring og prioritering av ressurser. IPLOS skal være en del av pleie- og omsorgstjenestens dokumentasjonsverktøy og bidra til bedre saksbehandling og kvalitet i tjenesten. Det tas sikte på å etablere IPLOS som et sentralt pseudonymt register gjennom egen forskrift med hjemmel i Helseregisterloven. Det tas også sikte på å vurdere om utgiftsbehovet knyttet til kostnadskrevende brukere av pleie- og omsorgstjenester kan fanges opp gjennom IPLOS-rapporteringen (jf. St.prp. nr. 82 (2000-2001)).

Innføring av IPLOS vil bli startet som et forsøk, og innføres gradvis over en 3-5 års periode, i likhet med KOSTRA. Det etableres et eget prosjekt for innføringen.

Betinget tilsagn om tilskudd

Sosial- og helsedepartementet garanterer for eventuelt inntektsbortfall ved Det nasjonale aldershjem for sjømenn i Stavern med inntil 1 mill. kroner for inntil 3 beboere som ikke har hjemstedskommune i Norge (jf. forslag til romertallsvedtak IV).

Post 62 Styrking av geriatri, kan overføres

Tilskuddsordningen under kap.670, post 62 ble avvirket fra 2001 og midlene er flyttet til 21-poster, jf. St. prp. nr. 62 (1999-2000) og Innst. S. nr. 252 (1999-2000).

Post 70 Tilskudd til pensjonistenes organisasjoner

Formålet med bevilgningen til pensjonistenes organisasjoner er å styrke deres mulighet til å drive interessepolitisk arbeid, samt til å gi medlemmene service. Bevilgningen fordeles som tilskudd til Norsk Pensjonistforbund. Norsk Pensjonistforbund fordeler midlene til andre landsdekkende pensjonistorganisasjoner etter en nøkkel som organisasjonene er blitt enige om. Fordeingsnøkkelen består av et grunntilskudd til hver organisasjon og et beløp pr. betalende medlem. Departementet følger bruk av midlene gjennom årsmelding, budsjett og regnskap.

Post 72 Tilskudd til opphold i institusjoner for eldre med særskilte behov

Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av Mosserød alders- og sykehjem 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 pkt. 1-4 kan anvendes i forhold til medlemmer av trossamfunnene som ikke er faste beboere ved institusjonen. Dette kan være tilbud om dagplass, kortidsplass og hjemmebesøk m.v.

Departementet viderefører samme prinsipp for forholdsmessig fordeling av midlene mellom de to institusjonene. Departementet følger institusjonenes bruk av midlene gjennom årsmelding, budsjett og regnskap. For disse institusjonene gjelder for øvrig de finansieringsordninger som ellers gjelder for sykehjem.

Kap. 0673 Tiltak for funksjonshemmede

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter	11 359	11 210	11 500
60	Tilskudd til driftsomlegging			32 000
61	Oppfølging av ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming	897 924	860 300	890 400
62	Tilskudd til utskriving av unge funksjonshemmede, <i>kan overføres</i>	45 306	39 000	31 800
63	Begrenset bruk av tvang	98 339	93 600	
65	Prøveløslatelse, <i>kan overføres</i>	38 263	35 000	87 500
71	Tilskudd til Landsbystiftelsen			52 900
72	Tiltak for døvblinde	33 816	43 200	44 500
73	Tilskudd til likemannsarbeid	12 613	12 820	13 200
75	Tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner	82 048	84 620	87 900
Sum kap 0673		1 219 668	1 179 750	1 251 700

Overført fra 2000 til 2001:

Post 01: 38 000 kroner

Post 65: 2 666 000 kroner

Post 01 Driftsutgifter

Til dekning av fylkesmennenes utgifter i forbindelse med kap. 6A i sosialtjenesteloven, Rettigheter for og begrensning og kontroll med bruk av tvang og makt m v overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming, foreslås bevilget 11,5 mill. kroner. For øvrig vises til omtale under kap. 604, post 01 og kap. 706, post 01. Virketiden for sosialtjenesteloven kap 6A ble ved lov 15.06.01 forlenget med to år fram til 31.12.2003, jf. ot. prp. nr. 62 (2000-2001) og Innst. O. nr. 99 (2000 – 2001).

Departementet vil i samråd med Arbeids- og administrasjonsdepartementet og embetene avklare de spørsmål som oppstår ved forlengelse av de tidsavgrensede engasjementsstillingene som er opprettet.

Post 60 Tilskudd til driftsomlegging

Etter bortfall av sykehusloven er det meste av driften ved Conrad Svendsen Senter (CSS) definert som omsorgsboliger og sykehjem. Dette innebærer at hoveddelen av utgiftene det offentlige skal finansiere knytter seg til tjenester som

kommunene har ansvar for. Kommunene har med dette fått et betalingsansvar for de fleste av brukerne ved CSS. Det meste av dette ansvaret har tidligere ligget hos fylkeskommunene.

Som følge av omleggingen foreslår departementet å opprette en bevilgning på 32 mill. kroner. Midlene foreslås overført til kap. 673, ny post 60 av midler som skulle overføres de nye helseforetakene i 2002 som følge av statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten. Bevilgningen vil i hovedsak gi direkte kompensasjon til de kommuner som har overtatt ansvar som følge av omleggingen. For å løse enkelte overgangsproblemer som omleggingen medfører vil noe av midlene kunne bli betalt direkte til CSS i 2002. Departementet legger opp til at den delen av bevilgningen som benyttes til kompensasjon til kommunene, legges inn i det ordinære inntektssystemet for kommunene fra 2003.

Det vises for øvrig til omtale av CSS under kap. 673, post 72.

Post 61 Oppfølging av ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming

Det meste av statlige midler til tiltak for psykisk utviklingshemmede overføres nå gjennom inntektssystemet til kommunene over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett. Formålet med

denne bevilgningen er å skjerme 33 vertskommuner mot visse omfordelingsvirkninger i inntektssystemet.

I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2001 fattet Stortinget følgende anmodningsvedtak – vedtak nr. 155 (2000-2001):

«Stortinget ber Regjeringen foreslå løsninger som sikrer en bedre økonomisk forutsigbarhet for de 33 vertskommunene for de tidligere store HVPU-institusjonene i Norge. Full lønns- og prisjustering skal være en del av dette. Saken forelegges Stortinget i forbindelse med statsbudsjettet for 2002.»

Det fremmes for 2002 forslag om lønns- og prisjustering, og dette vil også bli fulgt opp for senere år.

Etter drøftinger med Vertskommunesammen slutningen foreslår departementet videre følgende justeringer i tilskuddsordningen:

- Det foretas årlige tellinger og justeringer av antall psykisk utviklingshemmede som skal tas ut av ordningen som følge av frafall. Første telling gjøres 01.01.04, og vil gi konsekvenser for tilskuddet i 2005.
- For de kommuner som mottar et tilskudd pr. bruker som ligger under dagens gjennomsnitt, foretas det kun 50 % reduksjon i tilskudd pr. bruker som faller fra. Denne ordningen fortsetter inntil gjennomsnittlig tilskudd pr. bruker er på dagens gjennomsnitt for disse kommunene (justeres årlig for lønns- og prisvekst). Deretter foretas normal 100 % reduksjon i tilskudd pr. bruker som faller fra.

I henhold til dette opplegget foreslås vertskommunetilskuddet videreført med 885,3 mill kroner. Økningen på 30,9 mill kroner i forhold til tilskuddet i 2001, gjelder i sin helhet lønns- og prisjustering. I 2000 ble det satt i gang et forsøk med å tildele øremerkede tilskudd som rammetilskudd i 20 kommuner. To av vertskommunene er med i forsøket. Tilskuddet til disse to kommunene for dette formål i 2002 utbetales over kap. 571, post 68 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett, se omtale i Kommunal- og regionaldepartementets budsjett.

Samlet lønns- og prisjustert tilskudd som foreslås videreført er på 890,4 mill. kroner. Erfaringene med det nye systemet for registrering og kontroll av antall psykisk utviklingshemmede til bruk i inntektssystemet, tilsier at det fortsatt bør settes av et beløp til å løse overgangsproblemer. 5,2 mill. kroner foreslås avsatt til å løse overgangsproblemer m.v.

Den særskilte rapporteringen om antall psykisk utviklingshemmede til bruk for inntektssystemet i kommunene videreføres i 2002.

Post 62 Tilskudd til utskrivning av unge funksjonshemmede, kan overføres.

1. Formål og hovedprioriteringer

Formålet med bevilgningen er å stimulere kommunene til å gi yngre funksjonshemmede i alders- og sykehjem som ønsker det et alternativt tilbud om bolig og tjenester. Målgruppen er personer under 67 år med fysiske funksjonshemninger. Midlene skal benyttes til igangsetting og drift av det nye tjenestetilbudet.

Til og med 2000 har det blitt gitt et treårig tilskudd på til sammen 1 mill. kroner. Fylkesmannen forvalter tilskuddsordningen og tildeler midler etter de regler som er lagt fram for Stortinget i St.prp. nr. 1 (1997-1998).

2. Resultatrapport og tilstandsvurdering

Det ble fattet kommunale vedtak om utflytting og ytt tilskudd for 50 personer i 2000.

Oversikt over innvilgede utflyttingstilskudd

År	Innvilgede utflyttingstilskudd
1996	81
1997	58
1998	41
1999	71
2000	50
I alt	301

Tilbakemeldinger bl.a. fra Norges Handikapforbund tyder på at en del utflyttinger skjer til institusjonsliknende omsorgsboliger. Selv om dette er bedre tilpassede boliger enn aldersinstitusjoner vil departementet understreke at det så vidt mulig bør gis botilbud i vanlige bomiljøer.

Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) gjennomførte høsten 2000 på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet en undersøkelse knyttet til unge funksjonshemmede i eldreinstitusjoner. Det ble i utvalget rapportert om ca. 750 personer under 67 år som bor i eldreinstitusjoner. Det er rimelig å anta at ca. 1000 personer under 67 år bor på eldreinstitusjoner på landsbasis. For 20%

av personene i utvalget foreligger det avklarte flytteplaner. For syv av personene ble det gitt tilbake melding om ønske om å bo i egen bolig, men planer for flytting er ikke utarbeidet. For de øvrige personene foreligger det ikke noe ønske om å flytte eller at bruker har utbytte av å flytte til egen bolig.

3. Satsingsområder og mål for 2002

Departementet tar sikte på å avvikle denne midlertidige ordningen med virkning fra 2003, jf. St.prp. nr. 62 (1999-2000) og Innst. S. nr. 252 (1999 – 2000). Ny ordning for finansiering av tiltak for særlig ressurskrevende brukere i kommunene som trådte i kraft fra 2000, vil sette dem i bedre stand til å gi et tilbud til denne gruppen, jf. St.prp. nr. 69 (1998-99) og Kommunal- og regionaldepartementets budsjettproposisjon for 2001.

2000 var siste året det kunne søkes førsteårs-tilskudd etter denne midlertidige ordningen. Bevilgningen for 2002 dekker 3. år av tidligere bevilgede tilskudd.

Stortinget har under behandlingen av Innst. S. nr. 114 (1997-98) uttalt at alle unge funksjonshemmede som i dag oppholder seg i eldreinstitusjoner, og som ønsker å flytte ut, får flytte ut innen år 2005. Ingen nye funksjonshemmede skal flyttes inn i eldreinstitusjoner dersom de ikke ønsker det.

For å følge opp Stortingets målsettinger er det i 2001 startet opp et toårig regionalt tilbud om rehabilitering og botrening ved tre rehabiliteringsinstitusjoner. Dette finansieres over denne bevilgningen.

Post 63 Begrenset bruk av tvang overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming

I kommuneøkonomiproposisjonen for 2001 foreslo Regjeringen at tilskuddet skulle innlemmes i rammetilskuddet til kommunene fra 2002, jf. St.prp. nr. 62 (1999 – 2000) og Innst. S. nr. 252 (1999 – 2000). Midlene foreslås derfor overført til kap. 571 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjettområde.

For øvrig vises det til omtale under kap. 604, post 01, kap. 673, post 01, kap. 0675 post 21 pkt. 3 og kap. 706, post 01.

Post 65 Prøveløslatelse m.v., kan overføres

Stortinget har vedtatt endringer i straffeloven og i enkelte andre lover (endring og ikraftsetting av

strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner samt endringer i straffeloven §§ 238 og 239), jf. Ot. prp. nr. 46 (2000 – 2001 og Innst. O. nr. 113 (2000 – 2001). De nye særreaksjonene er nå

- Forvaring
- Tvungen omsorg
- Overføring til tvungen psykisk helsevern

I tillegg vil ordningen med sikringsdom for dagens sikringsdømte fortsette.

Dette innebærer en utvidelse av refusjonsordningen til kommunene for sikringsdømte psykisk utviklingshemmede under kap. 673, post 65 til også å omfatte andre grupper enn psykisk utviklingshemmede. Det er vedtatt at staten gjennom denne tilskuddsordningen skal dekke utgifter knyttet til prøveløslatelse fra forvaring, varetekts-surrogat og sikring i kommunene.

Det skal også etableres en særreaksjon for utilregnelige psykisk utviklingshemmede lovbrutere – «Tvungen omsorg». Det opprettes en egen fagenhet der denne særreaksjonen som hovedregel bør gjennomføres. Se for øvrig omtale under nytt kap 744, ny post 21.

Det ble i 2000 utbetalt tilskudd med i alt 38,3 mill kroner for 28 psykisk utviklingshemmede med sikringsdom. Foreløpige tall for 2001 viser at det er søkt om støtte for 29 psykisk utviklingshemmede.

Midlene fordeles av Sosial- og helsedepartementet etter søknader fra kommunene. Bruken av midlene kontrolleres gjennom budsjett og regnskap for kommunens utgifter knyttet til den enkelte særreaksjonsdømte. Regjeringen har vurdert tiltak for bedre kostnadskontroll og vil arbeide videre med dette.

Med bakgrunn i utvidelsen av ordningen fremmes det forslag om en bevilgning på 87,5 mill kroner i 2002 på kap. 673, post 65.

Post 71 Tilskudd til Landsbystiftelsen

Midlene til finansiering av Landsbystiftelsen foreslås overført fra kap. 676, post 70 Kompetansesentra m. m. til kap. 673, ny post 71 Tilskudd til Landsbystiftelsen. Bevilgningen foreslås styrket med 6,9 mill kroner til 52,9 mill kroner.

I St. prp. nr. 84 (2000-2001) ble det skissert et opplegg for juridiske og finansielle endringer for Landsbystiftelsen og beboerne ved Landsbystiftelsens institusjoner. Det ble lagt opp til at beboernes hjemkommuner skal få ansvar på lik linje med kommuner som kjøper tjenester i andre kommuner, samtidig som tilskuddet til driften fortsatt

skal utbetales direkte til Landsbystiftelsen fra Sosial- og helsedepartementet. Videre ble det signalisert en tilnærming i tilskuddet til det beløp kommunene mottar for hver psykisk utviklingshemmet gjennom inntektssystemet. Sosialkomiteen sluttet seg til en omlegging og understreket målsetning om at Landsbystiftelsens institusjoner fortsatt får 100 % statsstøtte til driften (jf. Innst. S. nr. 325 (2000-2001)).

For å sikre at kommunene er involvert, stiller departementet som krav at søkere til Landsbystiftelsen skal ha vært igjennom en kommunal behandling, og at det foreligger et kommunalt vedtak. Videre tas det sikte på at slike vedtak skal fattes for dagens beboere ved Landsbystiftelsen hvis dette ennå ikke er gjort.

I 2001 utgjør en person med psykisk utviklingshemming 16 år og over om lag 400.000 kroner for kommunene gjennom inntektssystemet. Tilsvarende utgjør en psykisk utviklingshemmet 0-15 år om lag kr 60.000. Departementet legger disse tallene, og antall benyttede plasser ved Landsbystiftelsen til psykisk utviklingshemmede, til grunn for beregningen av et tilskudd på 52,9 mill kroner for 2002. Departementet vil arbeide videre med en endelig fastlegging av antall plasser ved Landsbystiftelsens institusjoner og beleggskrav i forhold til dette. Det forutsettes at Landsbystiftelsen inngår egne avtaler med kommunene om tilskudd for den delen av beboerne som ikke er psykisk utviklingshemmede.

Følgende institusjoner omfattes av tilskuddsordningen:

- Vidaråsen landsby, Vestfold
- Hogganvik landsby, Rogaland
- Jøssåsen landsby, Sør-Trøndelag
- Solborg, Oppland
- Vallersund Gård, Sør-Trøndelag
- Kristoffertunet, Sør-Trøndelag
- Corona, Sør-Trøndelag

Midlene vil bli stilt til rådighet for Landsbystiftelsen som fordeler midlene til institusjonene.

Post 72 Tiltak for døvblinde

Det er fra 1. januar 1999 etablert et statlig kompetansesystem og fra 1. januar 2001 en sentral koordinerende instans for døvblinde (SKI). Målet er et samordnet og brukerrettet tilbud med klare faglige og økonomiske styringslinjer og nødvendige avgrensinger i forhold til kommunale og fylkeskommunale arbeidsoppgaver. Styret for Statlig spesialpedagogisk støttesystem er delegert driftsoppgaver overfor kompetansesystemet.

Kompetansesystemet består av 7 senter med ulike oppgaver og en sentral koordinerende instans. Følgende sentre har regionansvar: Andebu Døvblindesenter, Vestlandet kompetansesenter, Døvblindesenteret i Nord-Norge og Skådalen kompetansesenter. Sentrene i Nord-Norge og Andebu har egne boenheter for personer som har behov for et spesielt tilrettelagt varig bo- og tjenestetilbud. Det ordinære bo- og tjenestetilbudet finansieres av beboernes hjemkommuner, mens det i tillegg ytes spesialiserte tjenester finansiert av staten.

Kompetansesystemet har også tre sentre med spesielle landsdekkende funksjoner. Eikholt senter for døvblinde i Drammen er et bo- og kurscenter for døvblinde fra hele landet. Senteret har et spesielt ansvar for å gi rehabiliteringsopphold. Kostnadene til driften av boligtilbudet ved Eikholt er et kommunalt ansvar. Kompetansesystemet inkluderer også Huseby kompetansesenter for synshemmede og Andebu kompetanse- og skolesenter (AKS) som får midler over Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementets budsjett. I tillegg ytes det tjenester for fysisk tilrettelegging og hjelpemidler fra Rikstrygdeverkets Landsdekkende døvblindetjeneste ved Hjelpemiddelsentralen i Buskerud.

1. Formål og hovedprioriteringer

Formålet med bevilgningen er å sikre driften av et landsdekkende kompetansesystem for døvblinde i alle aldre. Systemet skal gi et helhetlig tilbud for hele døvblindegruppen både på helse- og sosialsektorens og skolesektorens områder. Virksomheten knytter seg til: Utredning av døvblinde personer som har midlertidig opphold ved sentrene og av personer i deres respektive hjemkommuner, rådgivning og kompetanseheving i forhold til kommunalt ansatte tjenesteytere og øvrig hjelpeapparat, både som oppfølging av enkeltpersoner og gjennom generell veiledning. Bevilgningen skal også sikre drift av Eikholt senter for døvblinde. Sentre med regionalt ansvar skal sørge for at tilbudet er kjent i alle kommuner i regionen.

2. Resultatrapport og tilstandsvurdering

Det tildeles årlige midler fra Sosial- og helsedepartementets kap. 673, post 72 og fra Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementets kap. 243 til driften av sentrene. Styret for Statlig spesialpedagogisk støttesystem er delegert driftsoppgaver overfor kompetansesystemet. Sosial- og helsedepartementet yter også midler til såkalte spesi-

aliserte tjenester knyttet til Nøkkelbo, Hjemmet for døve i Andebu. Dette er et bo- og tjenestetilbud til døve med tilleggshandikap. Bruken av Sosial- og helsedepartementets midler kontrolleres gjennom årlige virksomhetsplaner, budsjetter, regnskaper og årsmeldinger.

3. Satsingsområder og mål for 2002

I 2002 vil det arbeides med videreutvikling av kompetanse i forhold til hele døvblindegruppen og koordinering av tjenestetilbudet. Det skal arbeides med rutiner for mest mulig rasjonell faglig og administrativ koordinering av aktiviteten i kompetansesystemet. I arbeidet med rutiner for henvisning skal det legges vekt på informasjon til og samarbeid med både døvblinde og lokale myndigheter for også å sikre at tilbudet blir nytt for eldre døvblinde i kommunene. Det tas sikte på å vurdere Eikholt's fremtidige tjenestetilbud.

Tilskudd til Conrad Svendsen Senter (CSS)

Stiftelsen Conrad Svendsen Senter gir bo-, omsorg-, behandlings- og rehabiliteringstilbud der avansert tegnspråk og et sosialt utviklende miljø er grunnlaget. Brukerne er voksne døve og døvblinde med ulike tilleggsvansker av medisinsk og psykologisk kompleksitet og med en svært ulik språkforståelse.

Departementet foreslår en videreføring av bevilgning på 8,1 mill kroner til drift av spesialisert fagavdeling ved CSS. Denne avdelingen utreder og behandler brukerne, gir veiledning til det øvrige personalet og veiledning til personell og brukere fra andre deler av landet. Se for øvrig omtale under kap. 673, ny post 60.

Betinget tilsagn om tilskudd

Sosial- og helsedepartementet garanterer for eventuelt inntektsbortfall med inntil 5 mill. kroner når plasser ved botilbudet blir stående tomme ved Hjemmet for Døve og ved Døvblindesenteret i Nord-Norge med inntil 2 mill. kroner (jf. forslag til romertallsvedtak IV).

Post 73 Tilskudd til likemannsarbeid

Tilskuddsordningen til likemannsarbeid ble i 1998 vedtatt gjort permanent, jf. St. meld. nr. 34 (1996-97) og Innst. S. nr. 114 (1997-98).

1. Formål og oppgaver

Likemannsarbeidet er bl.a. å etablere kontakt mellom foreldre som nylig har fått et barn med funksjonshemning og foreldre som har erfaring, besøktjeneste fra erfarne funksjonshemmede til nyblitte funksjonshemmede, selvhjelpsgrupper for personer med samme funksjonshemning, støttegrupper for funksjonshemmede under yrkesmessig attføring og jobbsøkerklubber.

Tilskuddet gis etter søknad fra organisasjoner for funksjonshemmede. Midlene fordeles av samme nemnd som bl.a. fordeler midlene til funksjonshemmedes organisasjoner (kap 673, post 75). Det er utarbeidet retningslinjer for tildelingen, og organisasjonene har regnskaps- og rapporteringsplikt for disse midlene.

2. Resultatrapport og tilstandsvurdering

I 2001 er bevilgningen på 12,82 mill. kroner hvorav ca. 3 mill. kroner er forbeholdt likemannsarbeid i forhold til yrkesrettet attføring og arbeid. Antall organisasjoner som mottok likemannsmidler i 2001 var 84. Til likemannsarbeid i forhold til yrkesrettet attføring og arbeid mottok 25 organisasjoner midler i 2001.

3. Satsingsområder og mål for 2002

Tilskuddsordningen foreslås videreført på samme måte som i 2001 og med om lag samme forholdsmessighet når det gjelder tildeling til likemannsarbeid knyttet til yrkesmessig attføring og arbeid, og andre formål.

Tilskudd til likemannsarbeid vil bli vurdert nærmere i forbindelse med gjennomgangen av tilskuddet til funksjonshemmedes organisasjoner. Se for øvrig omtale under kap. 673, post 75.

Post 75 Tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner

Bevilgningen foreslås styrket med en overføring av 700 000 kroner fra kap. 675, post 70. Midlene har vært gitt som øremerkede tilskudd til FFO's deltakelse i funksjonshemmedes europeiske samarbeid. De foreslås heretter gitt som en del av det generelle driftstilskuddet til FFO.

1. Formål og oppgaver

Formålet med bevilgningen er å styrke funksjonshemmedes organisasjoners mulighet for å drive interessepolitisk arbeid, og til å gi service til egne

medlemmer. En mindre del av bevilgningen nyttes til tiltak for funksjonshemmede i regi av ulike frivillige organisasjoner.

$\frac{3}{4}$ av midlene fordeles sentralt av en fordelingsnemnd oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet etter retningslinjer fastsatt av departementene. $\frac{1}{4}$ av midlene fordeles av fylkeslegene til lokale tiltak for funksjonshemmede.

Paraplyorganisasjonen Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) har fått tilskudd i mange år. Tilskuddet er fra 1998 fastsatt av departementet. Tilskudd for 2002 fastsettes til 7,45 mill. kroner, inklusive 700 000 kroner som tidligere ble gitt over kap. 675, post 70 som øremerket tilskudd til FFOs deltakelse i funksjonshemmedes europeiske samarbeid. Tilskuddet for 2001 var 6,5 mill. kroner.

Sosial- og helsedepartementet er klageinstans for midlene fordelt av Fordelingsnemnda, og Fordelingsnemnda er klageinstans for midler fordelt av fylkeslegene.

2. Resultatrapport og tilstandsvurdering

109 organisasjoner mottok tilskudd i 2001, mot 104 i 2000.

Departementet oppnevnte i fjor et utvalg med bla. representanter for funksjonshemmedes organisasjoner til å foreta en bred gjennomgang av tilskuddsordningen. Utvalget har avgitt innstilling høsten 2001. Denne vil bli sendt ut på høring og deretter bli fulgt opp av departementet.

3. Satsingsområder og mål for 2002

Det legges opp til en videreføring av tilskuddsordningen på samme nivå og med samme regelverk som i 2001. Dette kan føre til redusert tilskudd til den enkelte organisasjon dersom antall tilskuddsberettigede organisasjoner øker.

Kap. 0674 Handlingsplan for funksjonshemmede

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	27 783	41 600	
60	Tilskudd til assistenter for funksjonshemmede	43 041	45 000	45 600
	Sum kap 0674	70 824	86 600	45 600

Overført fra 2000 til 2001:
Post 21: 18 317 000 kroner

Post 21 Spesielle driftsutgifter, kan overføres

Som følge av behov for å fullføre noen prosjekter som startet senere enn forutsatt, er Handlingsplanen for funksjonshemmede vedtatt forlenget til ut år 2002. Slutføringen av gjenstående prosjekter og tiltak vil bli finansiert ved overførte midler fra 2001.

De frigjorte midler foreslås benyttet på Sosial- og helsedepartementets og andre departements budsjettområder for å styrke og videretiltak i nåværende og tidligere handlingsplanperioder som er gjort permanente. Følgende beløp foreslås overført til andre budsjettkapitler:

- 4,55 mill. kroner til nytt kap. 706, post 01.
- 3 mill. kroner til kap. 673, post 71.
- 2,45 mill. kroner til kap. 675, post 21.
- 5,4 mill. kroner til kap. 676, post 21.
- 2,824 mill. kroner til kap. 676, post 70.

- 6 mill. kroner til kap. 718, post 21.
- 2 mill. kroner til kap. 730, post 77.
- 3,9 mill. kroner til kap. 730, post 72.
- 4,5 mill. kroner til kap. 841, post 70.
- 2,4 mill. kroner til kap. 1400, post 21.
- 0,8 mill. kroner til kap. 243, post 01.
- 1 mill. kroner til kap. 281, post 01.

1. Resultatrapport og tilstandsvurdering

Handlingsplan for funksjonshemmede 1998-2001 har omfattet 161 tiltak. 13 departementer har deltatt i oppfølgingen. Viktige satsingsområder har vært tilgjengelighet, planlegging og brukervedvirkning, funksjonshemmedes rettigheter samt en særskilt tiltaksplan for å øke yrkesaktiviteten blant funksjonshemmede.

Oppfølging av handlingsplanen koordineres av Statssekretærutvalget for den samlede politikken for funksjonshemmede. Rundskriv I-15/2001 gir en oversikt over status i oppfølging av samtlige til-

tak i handlingsplanen. Det vil bli utarbeidet et nytt rundskriv ved årsskiftet 2001/2002.

Kap. 674, post 21 omfatter tiltak som ikke finansieres over de berørte departementers ordinære budsjetter.

a) Andre departementer

Det er bla. stilt midler til rådighet for å øke tilgjengeligheten for funksjonshemmede til universitet og høyskoler, og bedre mulighetene for at funksjonshemmede ungdommer kan fullføre videregående opplæring. Samfunnsplanlegging og brukermedvirkning er et av hovedsatsingsområdene i handlingsplanen. Miljøverndepartementet er tildelt midler for å styrke hensynet til funksjonshemmede i kommunal og fylkeskommunal planlegging, og finansieres planforsøk i fylker og kommuner.

b) Sosial- og helsedepartementet

Større tiltak på Sosial- og helsedepartementets ansvarsområde:

- Informasjon om ordning med brukerstyrt personlig assistanse
- Arbeidet med en plan for helhetlig hørselsrehabilitering er i gang og vil foreligge våren 2002. Den vil inkludere en modell for utprøving av kompetansenettverk for døvblitte og sterkt tunghørtblitte.
- Prosjekt om funksjonshemmede og aldring. Forsknings- og utviklingsprosjekter om hørselshemming, utviklingshemning, poliorammede og døvblinde.
- Prosjekt ved Sunnaas sykehus knyttet til rehabilitering av personer med kognitive skader
- Tilbud om etterutdanning for tannhelsepersonell om sjeldne medisinske tilstander, og for leger og annet helsepersonell om formidling av diagnose til foreldre som får barn med alvorlige tilstander
- Utprøving av alternativ bruk av omsorgslønn til familier med funksjonshemmede barn
- Nasjonalt støtteapparat for Grønn omsorg
- Tiltak i Oslo for å bedre situasjonen for grunnstønadsmottakere med de dårligste levekår
- Forsøk flere steder i landet i regi av Funksjonshemmedes fellesorganisasjon og Norges Handikapforbund med styrket veiledning til funksjonshemmede og deres pårørende
- Tiltak for å styrke tilbudet om avlastning og støttekontakt
- utvalget med mandat til å vurdere strategier og virkemidler som fremmer målet om deltakelse

og likestilling for funksjonshemmede la fram sin utredning 29.06.01, NOU 2001:22 Fra bruker til borger.

c) Avsluttede prosjekter – tilstandsvurdering alle departementer

I 2001 er en rekke av prosjektene avsluttet eller kommet så langt at det er grunnlag for å vurdere varige ordninger.

Det bør bygges opp et landsdekkende tilbud knyttet til samlivskurs rettet mot foreldre til funksjonshemmede barn. Informasjon om diagnoser, rettigheter og tjenester bør styrkes gjennom videre utvikling av Lærings- og mestringssentre hvor familier med funksjonshemmede barn møter helsepersonell og familier i samme situasjon.

Tiltak for å øke kompetansen hos saksbehandlere og personer som yter støttekontakt- og avlastningstjenester til familier med funksjonshemmede barn bør iverksettes og rekrutteringstiltak vurderes.

Tilbudene til personer med små og mindre kjente diagnoser bør videreutvikles, og kompetansen på feltet økes gjennom etterutdanning av bl.a. tannhelsepersonell. Tilbudene til døvblitte/sterkt tunghørtblitte, personer med kognitive skader med behov for rehabilitering og Det nasjonale kompetansenettverket for autisme bør styrkes.

Ordningen med funksjonsassistenter bør gjøres permanent.

Erfaringer knyttet til arbeidet med funksjonshemmede og høyere utdanning og funksjonshemmede og aldring tilsier mer varige ordninger. Dette gjelder også satsing på samfunnsplanlegging og brukermedvirkning. Det er under utvikling et eget handlingsprogram innen universell utforming av bla. bygninger, transportmidler, utemiljø og produkter.

2. Satsingsområder og mål for 2002

I 2002 vil pågående prosjekter bli fulgt opp og erfaringer fra avsluttede prosjekter oppsummert.

Erfaringer fra tiltak i Handlingsplanen for funksjonshemmede vil sammen med den offentlige utredningen om strategier og virkemidler (NOU 2001:22) danne grunnlag for å vurdere videre innsats for å nå målet om full deltakelse og likestilling for funksjonshemmede. Utredningen skal nå ut på en omfattende høring.

I forbindelse med Rehabilitation Internationals verdenskonferanse i Oslo i 2004 har Rehabilitation International – Norge søkt om en statlig garanti på 2 mill. kroner. Departementet vil

komme tilbake til saken overfor Stortinget på et senere tidspunkt.

Post 60 Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse

1. Formål og oppgaver

Brukerstyrt personlig assistanse er en alternativ organisering av praktisk og personlig hjelp for sterkt funksjonshemmede som har behov for bistand i dagliglivet, både i hjemmet og utenfor hjemmet. Brukeren innehar arbeidslederrollen og påtar seg større ansvar for organisering og innhold i forhold til sine behov. Målet er å bidra til at brukeren får et aktivt og mest mulig uavhengig liv til tross for sterk funksjonshemming. Tjenesten er en del av de samlede kommunale omsorgstjenestene, og knyttes til personen – ikke til boligen. Tjenesten er ikke en særordning for bestemte brukergrupper/diagnosegrupper. Ordningen er hjemlet i sosialtjenesteloven som en ordning som kommunene plikter å ha på linje med de andre

lovregulerte tjenester. Departementet har sendt ut informasjon om ordningen til landets kommuner. Tilskuddet skal hovedsakelig dekke utgifter til opplæring, til utlysing og ansettelsesprosedyrer som ivaretar brukermedvirkning og til oppfølging av de som er i gang med ordningen.

2. Resultatrapport og tilstandsvurdering

I 2001 ble tilskuddet på 45 mill. kroner fordelt på 791 brukere i 276 kommuner i alle fylker. Det var 152 nye brukere. Interessen for ordningen har vært klart økende.

3. Satsingsområder og mål for 2002

For 2002 foreslås bevilgningen videreført med 45,6 mill. kroner. Tilskudd til allerede godkjente brukere blir videreført samtidig som det er rom for nye brukere.

Bevilgningen er forutsatt lagt inn i inntektssystemet til kommunene fra 2003, jf. St. prp. nr. 62 (1999 – 2000) og Innst. S. nr. 252 (1999 – 2000).

Kap. 0675 Tiltak for eldre og funksjonshemmede

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter	12 193	13 000	13 300
21	Spesielle driftsutgifter	19 507	34 600	36 600
50	Norges forskningsråd	15 250	23 400	29 400
70	Tilskudd til spesielle formål	12 499	15 600	15 400
	Sum kap 0675	59 449	86 600	94 700

Overført fra 2000 til 2001:

Post 01: 487 000 kroner

Post 01 Driftsutgifter

Midlene benyttes til fylkesmenenes, fylkeslegenes og departementets oppfølging av handlingsplanen for eldreomsorg. Midler stilles til rådighet for fylkesmennene som har ansvaret for å forvalte tilskuddet, herunder fordele midler til fylkeslegene. Fokus i 2002 vil være å avslutte handlingsplanen, med hovedvekt på å vurdere investeringsprosjekter og avgi uttalelse til Husbanken før tilsgis gis til bygging av sykehjem og omsorgsboliger. Fylkesmannen skal ha løpende oversikt og følge den videre gjennomføring av

utbyggingen av sykehjem og omsorgsboliger og styrking av driftsnivået i pleie- og omsorgstjenesten fram til 2007, i tråd med St.meld.nr.34 (1999-2000). Etter at de øremerkede tilskuddene er innlemmet i inntektssystemet skal fylkesmannen følge opp kommunene med rådgivning og veiledning med fokus på eldreomsorg og utvikling av pleie- og omsorgstjenestene. Det vil fra Sosial- og helsedepartementets side i denne perioden på ulike måter bli satt fokus på ledelse, kvalitetsutvikling og saksbehandling i pleie- og omsorgssektoren.

Alle oppgavene løses i et nært samarbeid med fylkeslegen, og er samordnet med fylkeslegeembetenes arbeid med bl.a. opptrappingsplan for psykisk helse og handlingsplan for helse- og sosi-

alpersonell. Også i forbindelse med disse planene er fylkesmannen etter hvert pålagt betydelige oppgaver med tilskuddsforvaltning, rapportering og faglig oppfølging overfor kommunene.

Departementet vil i samråd med Arbeids- og administrasjonsdepartementet og embetene avklare de spørsmål som oppstår ved forlengelse av de tidsavgrensede engasjementsstillingene som er opprettet.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

1. Formål og hovedprioriteringer

For å muliggjøre en sterkere samordnet satsing på aldersforskning i regi av Norges forskningsråd foreslås 2 mill. kroner overført til kap. 675, post 50.

Bevilgningen foreslås styrket med 2,45 mill. kroner ved en overføring fra kap. 674, post 21.

Bevilgningen benyttes til utvikling og gjennomføring av departementets politikk for pleie- og omsorgstjenestene og eldres og funksjonshemmedes levekår og deltakelse i samfunnet. Viktige områder er:

- Fornøyelse og forenkling av pleie- og omsorgstjenestene
- Rekruttering og kvalifisering av personell innenfor pleie- og omsorgstjenestene
- Virkemidler for kvalitet i tjenestetilbudet
- Eldres og funksjonshemmedes levekår og deltakelse i samfunnet
- Bedre system for dokumentasjon, statistikk og rapporteringer

Viktige virkemidler er

- Utredninger
- Forsøk
- Utviklingsprosjekter
- Informasjon.

En del av bevilgningen stilles til rådighet for fylkesmennene til å avholde kurs og konferanser om faglige spørsmål på regionalt nivå innen pleie- og omsorgssektoren.

2. Resultatrapportering og tilstandsvurdering

Parallelt med gjennomføringen av handlingsplanen for eldreomsorgen og opptrappingen av det psykiske helsetilbudet i kommunene gjennomfører departementet et større utredningsarbeid om organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene. Disse tjenestene brukte i 2000 38 mrd. kroner, men organiseringen og lovverket er i for liten

grad tilpasset de ulike brukergruppenes behov, herunder samspill mellom tjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven og samspill mellom kommunale tjenester og sykehuse. Arbeidet omfatter mulighetene for et felles regelverk for pleie- og omsorgstjenester uavhengig av boligtype, felles betalings- og finansieringsystem for tjenester i og utenfor institusjon, rett til heldøgns pleie- og omsorgstjenester og etablering av sykestuefunksjoner i nært samarbeid mellom primærhelsetjenesten og sykehusene.

Videre utredes mulighetene for effektivisering i pleie- og omsorgstjenestene og det arbeides med bruk av IKT.

Området rekruttering og kvalifisering av personell omfatter oppstart i 2000/2001 av en rekrutteringskampanje som særlig tar sikte på å vekke ungdommens interesse for pleie- og omsorgstjenestene; gjennomføring av et program for å stimulere til utvikling av et bedre arbeidsmiljø i tjenestetilbudet; forsøksdrift med undervisningssykehjem med sikte på en faglig styrking av personalet; og rekruttering av innvandrere og flyktninger til pleie- og omsorgstjenestene.

Virkemidler for kvalitet i tjenestetilbudet omfatter veileder om helsetjenester for eldre, regelverk for demente og veiledning om demens, oppbygging av kompetanse om alternativer til bruk av tvang og makt i forhold til enkelte mennesker med psykisk utviklingshemming, tilbud fra lærings- og mestringssentre til familier med funksjonshemmede barn og kunnskapsformidling om psykisk utviklingshemming.

Innen området levekår og deltakelse i samfunnet delfinansieres forsøket med transportordning for funksjonshemmede.

Arbeidet med forbedret dokumentasjon, statistikk og rapportering innen pleie- og omsorgstjenestene har hovedsakelig vært finansiert på andre budsjettposter.

3. Satsingsområder og mål for 2002

I 2002 tas det sikte på å konkludere arbeidet med fornyelse og forenkling av pleie- og omsorgstjenestene med sikte på fremlegg for Stortinget.

Arbeidet med IKT videreføres i tråd med statlig handlingsplan for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren – «Si @».

Gjennom handlingsplanen for helse- og sosialpersonell er det etablert en arbeidsmiljøatsing med overordnede mål om å redusere sykefraværet og hindre tidlig uførepensjonering. Videreføring av arbeidet med rekruttering og kvalifisering av personell vil ha høy prioritet. Satsingen evalueres.

res og sluttrapport vil foreligge i mai 2002. Da vil det bli tatt stilling til om det bør skje en videreføring av prosjektet, evt. i hvilket omfang og på hvilken måte. Arbeidsmiljøtiltaket vil også bli sett i sammenheng med den planlagte satsingen på kvalitetsutvikling og ledelse (se kap. 670.61). Støtte til det nasjonale krafttaket for styrking av seniorpolitikken vil bli videreført.

Det vil skje en videreføring av rekrutteringskampanjen med bakgrunn i at antall ungdommer som søker helse- og sosialfag i videregående opplæring går ned. Målgruppene er i tillegg til ungdom, voksne og skolerådgivere.

Arbeidet med kvalitetsutvikling videreføres. Ny kvalitetsforskrift og nytt kvalitetsrundskriv samt lovregulering av rettssikkerheten for demente og permanente regler bruk av tvang og makt overfor enkelte mennesker med psykisk utviklingshemming vil stå sentralt. Arbeidet med en «saksbehandlerpakke» som skal bidra til mer forsvarlig saksbehandling innen pleie- og omsorgstjenestene skal avsluttes.

Det vil bli forberedt et prosjekt med oppsøkende, forebyggende hjemmebasert eldreomsorg i et representativt utvalg av kommuner (jfr Innst S nr 257, (2000-2001)) med sikte på gjennomføring fra 2003 etter at resultater fra tilsvarende prosjekter i Sverige og Danmark foreligger.

Med utgangspunkt bl.a. i Manneråk-utvalgets forberedes det en omfattende informasjonsvirksomhet om funksjonshemmedes stilling i samfunnet.

Informasjonstelefon for personer med tinnitus og meniere videreføres av Hørselshemmedes Landsforbund (HLF), som siden 1999 har mottatt prosjektmidler gjennom Handlingsplanen for funksjonshemmede til formålet. Prosjektperioden har vist at målgruppen har utstrakt behov for rådgivning og veiledning.

Videreutdanningstilbud for helse- og sosialarbeidere innen organisering, opplæring og veiledning av støttekontakter, veiledere og frivillige er tenkt igangsatt. Videreutdanningstilbudet vil bli basert på utstrakt bruk av IKT for å gjøre tilbudet tilgjengelig for flest mulig.

Post 50 Norges forskningsråd

Forskning i regi av Norges forskningsråd er et viktig bidrag til kunnskapsgrunnlaget for nasjonale forvaltningsoppgaver og for beslutninger i politikkutforming for eldre og funksjonshemmede. Forskningsbasert kunnskap gir bedre kompetanse til å utforme et kvalitativt godt pleie- og omsorgsapparat, til å fremskaffe informasjon om

behovs- og tjenesteutvikling og til å forbedre kunnskapsgrunnlaget om funksjonshemmede og eldre. Det foreslås bevilget 29,4 mill. kroner for å videreføre igangsatte forskningsprogrammer og for å igangsette nye.

For å muliggjøre en styrking av samordning av aldersforskning foreslås bevilgningen økt med 5 mill. kroner. Departementet tar sikte på et nært samarbeid med NFR om organisering av denne satsingen.

Bevilgningen dekker også følgende temaer innen Velferdsprogrammet (samfunn, familie og oppvekst):

- Omsorgstjenesteforskning
- Forskning for funksjonshemmede
- Levekår for mennesker med psykisk utviklingshemming
- Evaluering av handlingsplanen for eldreomsorgen.

De to siste temaene er oppdrag fra departementet. Velferdsprogrammet delfinansieres også over kap. 614, post 50 og kap. 2600, post 50.

For å styrke kunnskapen om pleie- og omsorgstjenestens økonomi er bevilgningen foreslått økt med 1 mill. kroner som vil bli kanalisert til programmet helsetjenester og helseøkonomi. Programmet delfinansieres også over kap. 701, post 50 og kap. 739, post 50.

Tilskudd til FOU-arbeid med IKT-løsninger for mennesker med ulike funksjonshemninger gis over programmet IT-Funk. Resultatene av dette arbeidet vil bli evaluert i 2002.

Programmet Arbeid og helse får midler til forskning om arbeidsmiljøet i pleie- og omsorgstjenestene. For øvrig vises det til kap. 719, post 50.

I tråd med St. meld. nr. 8 (1998-99) Om handlingsplan for funksjonshemmede 1998 – 2001 har departementet bedt Norges forskningsråd om å bidra til at forskning av relevans for mennesker med funksjonshemninger styrkes innen alle hovedområdene. Forskningsrådet vil bli bedt om å rapportere om gjennomføringen av dette. Behovet for ytterligere forskning vil bli vurdert i forbindelse med oppfølgingen av NOU 2001:22 Fra bruker til borger – En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer.

Post 70 Tilskudd til spesielle formål

a. Tilskudd til telefonvirksomhet m.m.

Formålet med denne delen av bevilgningen er å fremme visse organisasjoners særskilte informa-

sjons- og opplysningsvirksomhet og kontaktskape arbeid.

For 2001 ble det gitt tilskudd til følgende organisasjoner/formål:

- Kirkens SOS i Norge
- Telefonkontakt
- Frelsesarmeens telefon- og besøkstjeneste
- Frelsesarmeens ettersøkelsesarbeid
- Norsk helse- og sosialforum

Departementet følger virksomheten gjennom årsmeldinger og regnskap.

b. Internasjonale sosiale formål

Denne delen av bevilgningen brukes til deltakelse i internasjonalt samarbeid for å bedre situasjonen for eldre og funksjonshemmede.

Europarådet

Sosial- og helsedepartementet yter tilskudd til utvikling av det internasjonale samarbeidet på det sosiale området i Europarådet. Norge er fra 1997 fullt medlem av delavtalen på det sosiale- og helsemessige område, og deltar i komiteen for integrering og rehabilitering av personer med funksjonshemninger.

EØS/EU

EU fører en aktiv politikk for å styrke funksjonshemmedes og eldres stilling i samfunnet. Kontakt og samarbeid med EU anses som nyttig fordi EU's politikk både direkte gjennom EØS-avtalen og indirekte påvirker utviklingen i vårt land. Samarbeidet i ulike organer gir mulighet både til å delta i debatten om politikken overfor eldre og funksjonshemmede og til å lære av EU-landenes erfaringer.

EU har åpnet for at EFTA/EØS landene kan delta i et nytt femårig program for arbeid mot diskriminering på grunnlag av bl.a. alder og funksjonshemning. Tilsvarende gjelder for en foreslått markering av 2003 som funksjonshemmedes europeiske år. Forslagene er til vurdering og det vil eventuelt bli fremlagt forslag for Stortinget om deltakelse.

Norge deltar som observatør i EU-kommisjonens rådgivende embetsmannsgruppe for spørsmål som gjelder funksjonshemmede og dens kontaktgruppe for spørsmål som gjelder eldre. Den siste har imidlertid ikke vært i funksjon siste år.

Det gis også tilskudd til den europeiske samarbeidsorganisasjonen for funksjonshemmede, European Disability Forum, hvor Funksjonshemmedes fellesorganisasjon deltar. Det norske tilskuddet tilsvarer det tilskuddet som gis av EU-kommisjonen. Den direkte støtten til FFO's europeiske samarbeid er foreslått overført til kap 673, post 75.

Kap. 0676 Kompetansesentra for funksjonshemmede

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert budsjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter	11 016	11 700	6 700
21	Nasjonalt kompetansenettverk for autisme	10 096	10 400	16 100
70	Kompetansesentra m.m.	48 364	95 750	49 100
Sum kap 0676		69 476	117 850	71 900

Overført fra 2000 til 2001:

Post 01: 468 000 kroner

Post 21: 4 000 kroner

Midlene på dette kapitlet går i hovedsak til å finansiere tiltak for små og sjeldne grupper funksjonshemninger (post 01 og 70) og Nasjonalt kompetansenettverk for autisme (post 21).

Medfødte sykdommer og funksjonshemninger med inntil 100 kjente individer pr. mill. innbyggere, gir spesielle utfordringer for det lokale hjelpeapparat. For disse gruppene er det nødvendig med nasjonale tilbud som kan gi supplement og rådgivning til det ordinære hjelpeapparat. Det vesentlige av tilskuddsmidlene forvaltes av Etat

for rådssekretariater m.v., og fra 2002 av det nye Sosial- og helsedirektoratet.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen omfatter senter for sjeldne sykdommer og syndromer (SSSS), som er et kompetansesenter for små og mindre kjente grupper funksjonshemmede. SSSS drives av Rikshospitalet etter særskilt kontrakt/avtale.

Som følge av at driftsansvaret for Tannhelsekompetansesenteret (TAKO) ble overtatt av Etat for rådssekretariater m.v. fra 2001, ble 5,1 mill. kroner overført til kap. 604, post 01 våren 2001, jf. St. prp. nr. 84 (2000 – 2001) og Innst. S. nr. 325 (2000 – 2001)

1. Formål og oppgaver

SSSS har fra 2001 ansvar for 16 diagnosegrupper. Sentret skal bygge opp tverrfaglig kompetanse og gi informasjon, rådgivning og veiledning til sine diagnosegrupper, pårørende og til fagpersoner i det lokale hjelpeapparat. Senterets kompetanse skal omfatte hele livsløpet og være til nytte for aktuelle instanser innen alle sektorer. I tillegg til kurs for brukerne og pårørende skal det gis kurs-tilbud til fagpersoner.

2. Resultatrapportering og tilstandsvurdering

SSSS ga i 2000 informasjon og rådgivning i forhold til 23 diagnosegrupper. I 2000 var det 613 henvendelser vedrørende 332 brukere. 55 pst. av henvendelsene kom fra brukere og pårørende. Totalt var det pr. 31. desember 2000 registrert 1269 brukere.

Det utgis oppfølgingsveiledere for hver diagnosegruppe og arrangeres lokale møter og kurs for å spre informasjon og gi råd i enkeltsaker. Senteret samarbeidet med Frambu om informasjonsopphold for diagnosegruppene.

3. Satsingsområder og mål for 2002

Virksomheten ved SSSS videreføres i 2002 som i 2001.

Post 21 Nasjonalt kompetansenettverk for autisme

Det foreslås overført 5,4 mill. kroner fra kap. 674, post 21.

Utviklingen av tiltak og tjenestetilbud for autismebefolkningen krever spesiell kompetanse med

tanke på krevende brukere med behov for innsats fra forskjellige instanser og nivåer. Et permanent kompetansenettverk for autisme ble etablert fra 1999 i samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet. Nettverket har en sentral faglig og administrativ enhet lagt til Universitetet i Oslo, Autismeenheten.

Det er inngått avtaler med fagmiljøer rundt i landet, som har fått tillagt spesielle funksjoner (knotepunkter).

Det er behov for satsing i forhold til psykiske vansker og utfordrende adferd hos autismebefolkningen. Det er nødvendig med styrking av knutepunkter, satsingsfylker og fagutviklingsgrupper. Det er videre viktig å legge til rette for økt undervisning, veiledning og faglig nettverksbygging ved bruk av ny teknologi. Bevilgningen for 2002 foreslås til 16,1 mill. kroner. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet vil over kap. 243 bidra med 1,5 mill. kroner. Kompetansenettverket rapporterer til departementene gjennom årsmelding og regnskap.

Post 70 Kompetansesentra m.m.

Bevilgningen skal dekke drift av flere landsdekkende tilbud for små og mindre kjente grupper funksjonshemmede. Dette gjelder Frambu, Institutt for blødere, Nasjonal kompetansesenter for ADHD, Tourette syndrom og narkolepsi, og andre kompetanseutviklingstiltak som styrking av syndromdiagnostikk og felles informasjon om sjeldne tilstander. Den skal også dekke fullføringen av utprøvingen av ordningen med funksjonsassistenter til sterkt bevegelseshemmede som ønsker å være yrkesaktive.

Bevilgningen foreslås økt med 2,824 mill. kroner fra kap. 674, post 21 til styrking av funksjonsassistentordningen.

Bevilgningen foreslås redusert med følgende overføringer:

- 48,41 mill. kroner til kap. 673, ny post 71 Tilskudd til Landsbystiftelsen
- 3,92 mill. kroner til kap. 2600, post 01 til videreføring av Nord-Norsk IT-enhet (NONITE).

1. Resultatrapport og tilstandsvurdering

a) Frambu

Frambu har i 2001 ansvar for 7 diagnoseklynger som omfatter ca 50 ulike diagnoser. De har også ansvar for sjeldne tilstander uten klar diagnose. I 2000 er det gitt informasjonsopphold til 20 sjeldne

diagnosegrupper. I tillegg har det vært arrangert tre helseleire for barn og unge med i alt 139 deltakere. Smågruppesenteret på Rikshospitalet og Institutt for blødere samarbeidet med Frambu om informasjonsopphold. I 2000 deltok 435 personer med sjeldne diagnoser på opphold. Til sammen var det 1021 deltakere, inklusive foreldre og søsken. Det har vært 1897 henvendelser i 2000 til Frambu om informasjon. Nesten 80 pst kommer fra pårørende og brukere.

b) Institutt for blødere (IFB)

IFB ga i 2000 tilbud til blødere og 6 andre sjeldne diagnosegrupper. Det var registrert 1047 personer med arvelige blødersykdommer ved utgangen av 2000. Totalt 213 personer med blødersykdom og 174 pårørende har vært på IFB til konsultasjoner i 2000. Totalt var det 24 personer med andre meget sjeldne tilstander og 60 pårørende på IFB til konsultasjoner. Det var 352 henvendelser knyttet til de andre sjeldne diagnosene, 44 pst fra brukere og pårørende, 24 pst fra fagfolk. Når det gjelder henvendelser om blødersykdommer kom 68 pst fra brukere og pårørende, 28 pst fra fagfolk. IFB fører slektsregister over mulige arvebærere av hemofili og over døtre av blødere som er automatisk bærere av hemofili. Disse følges opp med tilbud om genetisk veiledning.

c) Nasjonal kompetanseenhet for ADHD, Tourette syndrom og narkolepsi

Enheten er samfinansiert med Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og har hittil vært faglig og administrativt underlagt Styret for statlige spesialpedagogiske kompetansesentra. Enheten har arrangert kurs og konferanser for fagpersonale, gitt veiledning i enkeltsaker og utgitt skriftlig informasjonsmateriell. Totalt er det behandlet 2216 henvendelser hvorav 50 pst fra fagfolk og 38 pst fra brukere og pårørende.

d) Diverse kompetanseutviklingstiltak for sjeldne og mindre kjente grupper funksjonshemmede

Tiltakene består av styrking av syndromdiagnostikk, produksjon av informasjonsmateriell om en del sjeldne diagnoser og utredninger vedrørende behov for tilbud til flere diagnosegrupper og kompetanseheving innen enkelte fagområder av betydning for sjeldne diagnosegrupper.

e) Nord-norsk IT-enhet, NONITE

Nord-norsk IT enhet (NONITE) ble fra 01.01.01 gjort permanent og lagt inn under Rikstrygdeverket (RTV). Enheten er samlokalisert med Hjelpemiddelsentralen i Nordland og administrativt direkte underlagt RTV. Det er i 2001 fokusert på utvikling av en mer permanent struktur som ivaretar behovene for et nært samarbeid mellom hjelpemiddelsentralene, det statlige spesialpedagogiske støttesystemet og habiliteringstjenestene knyttet til IT-baserte hjelpemidler. Foruten de tre nordligste fylkene er også Nord-Trøndelag innlemmet i samarbeidet f.o.m. 2001. Målgruppen er utvidet til også å omfatte voksne personer.

f) Funksjonsassistenter

Ordningen med funksjonsassistenter ble startet i 1997 som et forsøk. Målet er å øke andelene arbeidstakere med bevegelseshemninger i ordinært arbeid. Funksjonsassistenten skal gi praktisk bistand i arbeidstiden. Det ble bevilget 2,2 mill. kroner til tiltaket i 2001. Det var 19 deltakere i fra 20 til 100 prosents stilling. Av disse var 8 arbeidstakere i offentlig virksomhet og 11 i private bedrifter. Funksjonsassistentene hadde fra 25 til 60 prosents stilling. I alt 38 personer står på venteliste for å komme med i forsøket.

Ordningen ble evaluert av Arbeidsforskningsinstituttet høsten 2000. Både brukerne av ordningen, arbeidsgiverne og funksjonsassistentene er fornøyd med prøveordningen. Kost-nytte-analysen som ble foretatt i forbindelse med forsøket viser at ordningen er lønnsom både for individet og samfunnet.

2. Satsingsområder og mål for 2002

a) og b) Frambu og Institutt for blødere (IFB).

Virksomheten ved Frambu og IFB vil fortsette med noen endringer som følge av Rådgivende utvalgs for sjeldne funksjonshemninger sin vurdering av arbeidsfordelingen mellom de landsdekkende virksomhetene (se omtale under kap 604, post 01 og kap. 706, post 01). IFB har ansvar for medfødte blødersykdommer og to diagnoseklynger med 20 sjeldne diagnoser.

Det er vedtatt at IFB blir overtatt av staten og vil inngå i det nye Sosial- og helsedirektoratet. Nærmere omtale av overføringen vil bli gitt i tilleggsbevilgnings- og omprioriteringsproposisjonen for våren 2002.

c) Diverse kompetanseutviklingstiltak

Nasjonal kompetanseenhet for AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi fortsetter sin virksomhet som i 2001.

Styrking av syndromdiagnostikk arbeidet og diverse informasjonstiltak videreføres.

d) NONITE

Nettverket vil fra 01.01.2002 bli forankret i Rikstrygdeverket.

e) Funksjonsassistenter

Departementet vil i 2002 fremme forslag til hvordan denne prøveordningen kan organiseres som en permanent ordning.

Programområde 10 Helsevern

Programkategori 10.00 Sosial- og helseforvaltning m.m.

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
0700	Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 3700)	239 428	231 450	241 000	4,1
0701	Forskning og forsøksvirksomhet	110 531	162 800	152 300	-6,4
0702	Nemnd for bioteknologi	5 743	5 820		-100,0
0703	Helsetjenesten for innsatte i fengsel	67 016	68 770	67 200	-2,3
0704	Giftinformasjonssentralen (jf. kap. 3704)	11 032	11 900		-100,0
0705	Kursvirksomhet og stipendier	118 059	129 500	177 800	37,3
0706	Sosial- og helsedirektoratet			319 300	
0707	Nasjonalt folkehelseinstitutt			377 300	
Sum kategori 10.00		551 809	610 240	1 334 900	118,8

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post- gr.	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
01-23	Statens egne driftsutgifter	346 609	385 340	936 100	142,9
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	477	500	6 700	1 240,0
50-59	Overføringer til andre statsregnskap	25 000	33 800	32 700	-3,3
60-69	Overføringer til kommune- forvaltningen	166 842	177 600	212 300	19,5
70-89	Andre overføringer	12 881	13 000	147 100	1 031,5
Sum kategori 10.00		551 809	610 240	1 334 900	118,8

Ved Stortingets behandling av St.meld. nr. 31 (2000-2001) Kommune, fylke, stat – en bedre oppgavefordeling, jf. Innst. S. nr. 307 (2000-2001), er det besluttet at regional statsforvaltning skal omorganiseres. Dette innebærer bl.a. at fylkeslegen og statens utdanningskontor skal integreres i fylkesmannsembetet. Det tas sikte på å gjennomføre omorganiseringen så raskt det lar seg gjøre, og senest innen 1. januar 2003. Kommunal- og regionaldepartementet er ansvarlig departement for oppgavefordelingen mellom forvaltningsnivåene, og har ansvaret for å koordinere oppfølgingen av stortingsmeldingen.

Stortinget vedtok under behandlingen av revidert nasjonalbudsjett våren 2001 (jf St.prp. nr. 84 (2000-2001) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet og Innst. S. nr. 325 (2000-2001)), fornyelse av den sentrale sosial- og helseforvaltning. 10 etater er vedtatt slått sammen til 3 – Statens helsetilsyn, Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt. I tillegg skal oppgaver flyttes fra Sosial- og helsedepartementet, i hovedsak til Sosial- og helsedirektoratet.

Regjeringens program for fornyelse av offentlig sektor har vært et sentralt utgangspunkt for arbeidet med fornyelse av den sentrale sosial- og helseforvaltningen. Hovedmålet har vært at en skal stå bedre rustet til å nå de sosial- og helsepolitiske målene og møte fremtidige faglige utfordringer. Andre viktige mål for omorganiseringen

er at intern administrasjon og dobbeltarbeid skal reduseres og at forebyggende og helsefremmende arbeid, tilsyn med og kvalitetsutvikling av helse- og sosialtjenesten, forskning og bruk av informasjonsteknologi skal styrkes.

Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt skal etableres så snart det praktisk lar seg gjøre i 2002. Kongen i statsråd utnevnte 6. juli 2001 direktører for Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt.

For nærmere beskrivelse av de nye etatene vises det til omtale av kap. 700. Statens helsetilsyn og fylkeslegene, kap. 706 Sosial- og helsedirektoratet og kap. 707 Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Omorganiseringen vil medføre ytterligere flyttinger av oppgaver mellom de fire institusjonene etter budsjettframleggelsen. Denne videre prosessen vil danne grunnlag for overføring av personell og budsjettmessige justeringer mellom etatene. Sosial- og helsedepartementet vil i revidert nasjonalbudsjett komme tilbake til Stortinget med budsjettmessige konsekvenser av denne prosessen.

Det forutsettes at oppgaveallokering mellom de ulike etatene ikke skal kreve budsjettøkning de fire berørte virksomhetene sett under ett. Det tas imidlertid forbehold om at enkelte administrative utgifter kan kreve budsjettjusteringer utover en budsjettfordeling etatene i mellom, men over tid vil omorganiseringen kunne føre til en innsparing knyttet til administrative utgifter.

Kap. 0700 Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 3700)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter	238 951	230 950	240 500
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	477	500	500
Sum kap 0700		239 428	231 450	241 000

Det er overført fra 2000 til 2001:

Post 01: 6 972 000 kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

Statens helsetilsyn skal omorganiseres i 2002 slik at tilsynsfunksjonen rendyrkes. Tilsynsoppgavene vil bli utvidet til også å gjelde tilsyn etter lov om sosiale tjenester.

Gjennom reorganiseringen av Helsetilsynet vil en få skilt tilsyns- og kontrollfunksjoner fra rene

forvaltnings- og iverksettingsoppgaver. Departementet mener dette er viktig for å få en klarere rollefordeling. Det vil videre bidra til å samle relevant faglig kompetanse og derigjennom styrke tilsynsfunksjonen. Det nye tilsynet vil imidlertid fortsatt ha oppgaver innenfor rådgivning og erfaringsformidling, men dette vil være relatert til tilsynsfunksjonen.

Tilsyn er et viktig virkemiddel for å ivareta statens overordnede ansvar for sosial- og helsetjenesten i landet. På sidsiden har det vært ført til-

syn etter annet regelverk og metoder enn på helsesiden. Tilsynet på sosialsiden har til nå vært avgrenset til institusjonene, mens tilsynet på helsesiden i tillegg omfatter helsepersonell. Samling av ansvaret for tilsyn gir mulighet for å samordne og videreutvikle felles tilsynsmetodikk for helse- og sosialtjenesten.

Den nye tilsynsetaten skal ha som hovedmål: En sosial- og helsetjeneste som fungerer i tråd med nasjonale sosial- og helsepolitiske mål og som etterlever myndighetenes krav.

Det nye tilsynets kjerneoppgaver vil være:

- Kontinuerlig og episodisk overvåking av sosial- og helsetjenester.
- Føre tilsyn med virksomheter.
- Behandle klagesaker på personell.
- Innenfor sitt ansvarsområde gi faglig råd til sosial- og helsetjenesten og til sentrale og lokale myndigheter.
- Behandle klager på sosial- og helsetjenesten.

Det pågår en omfattende prosess med funksjons- og oppgavefordeling mellom Sosial- og helsedepartementet, Sosial- og helsedirektoratet, Nasjonalt Folkehelseinstitutt og Statens helsetilsyn.

2. Resultatrapport 2000

Helsetilsynets tilsynsmelding og fylkeslegenes medisinalmeldinger er eksempler på det overordnede faglige tilsynet. Fylkeslegenes tilsyn med virksomhetene i helsetjenesten er øket i forhold til 1999. Skolehelsetjenesten samt kvalitetsutvalgenes funksjon i sykehusenes interne avvikshandling var tema for felles tilsyn i 2000. I 2000 utførte fylkeslegene 264 tilsyn i form av systemrevisjoner av helsetjenestens internkontroll mot 217 året før. Av disse ble 187 gjennomført i kommuner og 77 i sykehus.

Til sammen 45 tilsyn med internkontroll og avvikshandling i somatiske og psykiatriske sykehus i 2000 og 2001 viste at det er opprettet kvalitetsutvalg i samsvar med Helsetilsynets retningslinjer i stort sett alle institusjonene, men funksjonen varierer fra sted til sted. Selv om det etter hvert er blitt en systematisk melding av avvik i sykehus, er det fortsatt betydelig usikkerhet om hva som skal meldes og hvordan behandling av avvik skal skje. Det er heller ikke mange institusjoner som har foretatt kartlegging av områder med risiko og sårbarhet. Generelt har de somatiske sykehusene arbeidet mer systematisk med dette enn psykiatriske sykehus og psykiatriske avdelinger.

Tilsynet med skolehelsetjenesten i 59 kommuner avdekket mangler i videregående skolen. Dette er blitt fulgt opp bl. a. gjennom en nasjonal konferanse om skolehelsetjenesten.

Helsetilsynet utførte 34 tilsyn på apotek- og legemiddelområdet. Som del av internasjonalt samarbeid på området, mottok Helsetilsynet 260 meldinger om svikt i eller tilbakekalling av medisinsk utstyr.

God kommunikasjon mellom tilsynsmyndighetene og virksomhetene fører til at de fleste avvik rettes opp. I 2000 ble det gitt varsel om påbud i tilknytning til 3 tilsynssaker, og det ble gitt påbud til ett sykehus på bakgrunn av en uforvarlig overbeleggssituasjon. Dette avviket er senere lukket i 2001.

Kartleggingen av kapasitets- og driftsforhold ved landets somatiske sykehus ble ført videre i 2000. Det er laget en egen veileder for fylkeslegenes oppfølging i forhold til korridorpasienter. Det er videre utgitt en rapport om kapasitet og ventetid for strålebehandling ved regionsykehusene, og oppfølgingsarbeidet pågår i 2001.

Fylkeslegene ferdigbehandlet 1.852 klage- og tilsynssaker i 2000, mot ca. 1.775 året før. De fleste fylkeslegene har en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på under 5 måneder, men ved 6 av kontorene varierer gjennomsnittet fra 6 – 10 måneder. Helsetilsynet ferdigbehandlet 412 klage- og tilsynssaker i 2000, mot 250 i 1999, og restbeholdningen på 176 saker ved årets slutt inneholdt vesentlig færre gamle saker enn i tidligere år. Median saksbehandlingstid var på 6 måneder. Fordi en større mengde eldre saker ble avviklet i årets løp, ble gjennomsnittlig saksbehandlingstid 8,5 måneder.

Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenesten avdekker jevnlig områder der det er behov for rådgivning og dette er fulgt opp gjennom møter, konferanser, rundskriv, veiledere og utredninger. Det ble i 2000 utgitt en felles serviceerklæring for Helsetilsynet og fylkeslegene.

Det er gitt godkjenning/autorisasjon til 10.656 nye helsepersonell mot 8.999 i 1999, 1.601 er gitt midlertidig lisens (2.071 i 1999) og 1.600 er fordelt til turnustjeneste (1.875 i 1999).

Helsetilsynet har hatt et omfattende arbeid med faglig rådgivning knyttet til behandling av regionale helseplaner, utvikling av faglige kriterier for prioritering av pasienter, forslag til retningslinjer for nasjonale medisinske kvalitetsregistre og opptrappingsplanen for psykisk helse.

Helsetilsynet har fulgt opp det selvmordsforebyggende arbeidet med tiltak som er videreført gjennom oppfølgingsprosjektet «tiltak mot selv-

mord». Satsingen på arbeid for mennesker med spiseforstyrrelser gjennom bl.a. rådgivning til helsetjenesten, modellforsøk i helsetjenesten, kompetanseheving og retningslinjer for behandling er videreført.

Arbeidet med regelverket til de nye helselovene, utvikling av internkontrollforskrift og gjennomgangen av regelverket i forbindelse med ny apoteklov har vært vesentlige oppgaver. I tillegg har Helsetilsynet gitt innspill eller andre bidrag i forbindelse med minst 17 ulike forskrifter.

I 2000 gjennomførte Helsetilsynet to omorganiseringprosesser i etaten. Oppgaver knyttet til apotekforvaltningen ble overført til Statens legemiddelverk. Dette omfattet 12 årsverk og en økonomisk rammeoverføring på 6 mill. kr. Etableringen av Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) ble gjennomført, og Autorisasjonskontoret startet opp som forutsatt fra årsskiftet.

Fylkeslegene ble integrert i Arbeids- og administrasjonsdepartementets prosjekt for å etablere en sikkerhetsløsning på SRI-nettet hos fylkesmennene. Arbeidet med sikkerhetsløsningen ble gjennomført første tertial i 2001.

3. Tilstandsvurdering

Behandlingsmulighetene øker stadig både i bredde og omfang. Imidlertid har kapasitetsproblemer og budsjettoverskridelser preget de store sykehusene og eldreomsorgen i enkelte kommuner.

Det er behov for mer personell til tross for flere år med økning i antall utførte årsverk i helsetjenesten. Som i tidligere år er det generelle bildet at det er geografiske forskjeller og forskjeller mellom fagområdene.

Det er fortsatt endel små kommuner som har udekkede legestillinger eller som helt mangler faste leger. Det har imidlertid vært en vesentlig økning i tallet på besatte fastlegestillinger under innføringsfasen for fastlegeordningen, jf. omtale under kap 701 post 21.

For pleie- og omsorgssektoren varsler fylkeslegene om mangel på sykepleiere og hjelpepleiere. Det er fremdeles en større andel (17% i 1999) ufaglærte i pleie- og omsorgstjenesten sammenliknet med gjennomsnittet i norsk arbeidsliv (14% i 1999).

Personelltilgangen i 1999 og 2000 til psykisk helsearbeid viser en positiv tendens som bekrefter at forutsetningene i Opptappingsplanen for psykisk helse synes å holde. Spesielt melder kommunene om god personelltilgang. Imidlertid er det underskudd på psykologer selv om det har

vært en betydelig økning i opptaket til psykologistudiet i løpet av 1990-årene.

Den offentlige tannhelsetjenesten har fortsatt rekrutteringsproblemer. I januar 2001 sto 12% av tannlegestillingene og 10% av tannpleierstillingene ledig.

I spesialisthelsetjenesten er det særlig mangel på spesialsykepleiere innen intensiv-, operasjon- og anestesisykepleie.

I samarbeid med Sosial- og helsedepartementet, KS og forskningsmiljøer pågår det et arbeid for å utvikle overordnede kvalitetsindikatorer for helsetjenesten som kan gi grunnlag for evaluering, og som vil være viktige for oppfølging gjennom tilsynet.

Overbelegg ved institusjoner innen psykisk helsevern kan være signaler om at det skjer unødige mange tvangsinnleggelser eller at samarbeidet mellom 1.- og 2.linjetjenesten ikke fungerer tilfredsstillende i en del tilfeller.

Det har ved utgangen av 2000 blitt nedlagt et betydelig planarbeid både på kommunalt og fylkeskommunalt nivå. Dette har resultert i at psykisk helsearbeid i vesentlig grad er blitt mer synlig på kommunenes dagsorden, og fylkeskommunene er godt i gang med omstrukturering og utbygging av sine tjenestetilbud.

4. Satsingsområder for 2002

Tilsyn med deler av sosialtjenesten vil bli overført til Statens helsetilsyn. Det innebærer at etaten får ansvar for å utvikle systemrevisjon som metodikk også innen sosiale tjenester. Hovedutfordringen vil være å legge til rette for at samordningen av tilsynet gir resultater. En særlig utfordring ligger i å utvikle det overordnede tilsynet i sosialsektoren. Overordnet faglig tilsyn er en hovedoppgave for både fylkeslegene og Helsetilsynet og vil bli styrket både gjennom kompetanseutvikling og teknologiske løsninger.

Sykehusreformen krever et styrket faglig tilsyn med helsetjenesten. Dette omfatter tilsyn med statens utøvelse av eieransvaret, de regionale helseforetakenes plikt til å sørge for nødvendige spesialisthelsetjenester og helseforetakenes ansvar for å levere forsvarlige helsetjenester.

Fylkeslegene vil ha psykisk helseområde som hovedtema for felles tilsynsområder i 2002. Tilsynet vil rette oppmerksomheten mot hele tjenestetilbudet i både primær- og spesialisthelsetjenesten og samhandlingen mellom de ulike nivåene. Helsetilsynet tar videre sikte på å samordne felles kartlegginger av tjenester innen det psykiske hel-

seområdet, herunder også eventuelle kapasitetsproblemer.

Resultatene fra tilsynet med fengselshelsetjenesten og helsetjenesten til aldersdemente i 2001 vil bli fulgt opp i 2002. Det er i løpet av 2001 utarbeidet en veileder for kommunene om saksbehandling og enhetlig dokumentasjonssystem for den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, og kommunenes arbeid med denne del av helsetjenesten vil bli fulgt opp gjennom tilsyn. Det vil også være nødvendig å utvikle metoder til å føre tilsyn med helsetjenester som tilbys elektronisk.

Helsetilsynet og fylkeslegene vil fortsatt overvåke sengekapasiteten i sykehus i relasjon til korridorpasienter samt kapasiteten og kvaliteten i ulike boformer i omsorgstjenester for eldre. I forbindelse med enkelte konkrete kartleggingsoppgaver eller verifikasjoner kan det også bli aktuelt med uanmeldte besøk.

Helsetilsynet og fylkeslegene skal sikre effektiv saksbehandling i klage- og tilsynssaker, slik at gjennomsnittlig saksbehandlingstid hos fylkeslegene ikke overstiger 5 mnd. og i Helsetilsynet ikke overstiger 6 mnd. Beholdningen av klage- og tilsynssaker i Helsetilsynet skal ikke overstige 150 ved utgangen av 2002. Helsetilsynet skal påse at det ikke er store variasjoner i gjennomsnittlig saksbehandlingstid mellom fylkeslegene. Arbeidet med å følge opp og sikre lik forvaltningspraksis vil øke som en følge av nye helselover og nye klageordninger.

Helsetilsynet skal fortsette utviklingen av en nettbasert tilsynsdatabase som både vil bidra til å sikre et samordnet tilsyn som utføres likt i hele

landet, og legge til rette for en døgnåpen forvaltning der brukerne kan få dekket sitt informasjonsbehov og melde sine spørsmål.

5. Merknader til budsjettforslaget for 2002

Sosial- og helsedepartementet vil komme tilbake til Stortinget med eventuelle budsjettmessige implikasjoner av omorganiseringen av sentral sosial- og helseforvaltning i revidert nasjonalbudsjett 2002.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen foreslås øket med 9,5 mill. kroner. I dette ligger blant annet en økning på 4,1 mill kr som følge av lønnsreguleringen i 2001, en økning på 0,1 mill kr til bedriftshelsetjeneste (overført fra Forvaltningstjenesten), en reduksjon på 0,5 mill kr på grunn av omlegging av sykepengeordningen for statsansatte, en reduksjon på 0,4 mill kr knyttet til effektivisering av statlige innkjøp, en økning på 2,2 mill kr som kompensasjon for merutgifter som konsekvens av merverdiavgiftsreformen pr 1. juli 2001, en reduksjon på 0,3 mill kr på grunn av endring i retningslinjene for statlig annonsering av ledige stillinger i dagspressen samt en videreføring av bevilgningen på 3 mill kr til arbeidet med å avdekke trygdemisbruk, jf omtale i St.prp.nr.84 (2000-2001).

Antall årsverk var 489,6 pr. 1. mars 2000 og 446 pr. 1. mars 2001 i følge det sentrale tjenestemannsregisteret.

Kap. 3700 Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 700)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
02	Gebyrinntekter m.v.	2 366	10 000	10 300
03	Refusjon fra NORAD	497		
04	Diverse inntekter	14 399		
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	38		

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
16	Refusjon fødselspenger	2 635		
17	Refusjon lærlinger	25		
18	Refusjon sykepenger	3 999		
70	Refusjon av kontrollutgifter	1 004	793	800
	Sum kap 3700	24 963	10 793	11 100

Post 02 Gebyrinntekter

Inntekter knyttet til innkreving av gebyr ved autorisasjon av helsepersonell er anslått til 10 mill. kr. Ny lov om helsepersonell trådte i kraft 01.01.01. Etter denne loven er det 27 personellgrupper som omfattes av autorisasjonsordningen. Myndighet til utstedelse av autorisasjon og lisens er delegert til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Dette gjelder både for personell utdannet i Norge og for utenlandsk helsepersonell. Det er en økende mengde søknader om autorisasjon fra personell med utdanning fra land utenfor EØS-området. Saksbehandlingen av disse søknadene kan være omfattende. For personell som utdannes i Norge vil Sosial- og helsedepartementet og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet foreslå endringer i lovverket slik at utdanningsinstitusjonene som utsteder vitnemål også utsteder autorisasjon. Departementene er i gang med å gjennomgå lov- og regelverk med henblikk på en endring fra våren 2002. Stortinget vil bli forelagt endringsforslagene som en egen sak. Endringene vil føre til en betydelig forenkling for den enkelte student, og en raskere behandling for utlendinger som søker om autorisasjon. I den forbindelse vil også gebyrordningen bli vurdert.

Post 03 Refusjon fra Norad

I forbindelse med de avtaler Direktoratet for utviklingshjelp (NORAD) har med bistandsland om gjennomføringen av forskjellige bistandstiltak, har NORAD behov for sakkyndig bistand innen helsesektoren og tilhørende fagområder. Helsetilsynet stiller den nødvendige sakkyndige bistand til disposisjon.

Post 04 Diverse inntekter

Posten gjelder Helsetilsynets og fylkeslegene inntekter i forbindelse med posteringsfullmakter, salg av trykksaker, egenandeler v/ kurs og andre inntekter.

Post 70 Refusjon av kontrollutgifter

Posten omfatter inntekter ved kontroll av anlegg m.v. på kontinentalsokkelen, som rettighetshaverne (operatørselskapene m.fl.) skal innbetale m.v. Det vil fortsatt bli gitt fullmakt til å øke utgiftene mot tilsvarende merinntekter.

Kap. 0701 Forskning og forsøksvirksomhet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
21	Spesielle driftsutgifter	85 531	129 000	119 600
50	Norges forskningsråd	25 000	33 800	32 700
	Sum kap 0701	110 531	162 800	152 300

Overført fra 2000 til 2001:

Post 21: 229 000 kroner

Post 21 Spesielle driftsutgifter

For 2000 fordeles bevilgningene på følgende til-
tak:

1. Statens helsepersonellnemnd
2. Henvisningsprosjektet
3. Kvalitetsutvikling i helsetjenesten.
4. Oppfølging av fastlegereformen.
5. Utviklingstiltak innen primærhelsetjenesten.
6. Utvikling av tannhelsetjenesten.
7. Oppfølging av plan for helse- og sosialtjenesten til den samiske befolkning.
8. Diverse tiltak på legemiddelområdet
9. Nasjonal legemiddelstatistikk
10. Blodtrykksprosjektet.
11. Innovasjonsbistand til Helseregion midt-Norge.
12. Tilskudd til Senter for helseadministrasjon.
13. Standardiseringsarbeid
14. Oppfølging av handlingsplan for anti-dopingarbeid
15. Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene.
16. Førstehjelpsprosjektet
17. Internettportal
18. Tidsskriftet Liv og Helse.
19. Statistikkutvikling innenfor handlingsplan for helse- og omsorgspersonell.
20. Oppfølging av utredning om alternativ medisin.
21. 400-årsjubileum for det offentlige helsevesen i 2003
22. Dokumentasjonsdatabase

Oppfølging av Handlingsplanen for IT i helsesektoren omtales under kap. 732.21.

Statens helsepersonellnemnd

Statens helsepersonellnemnd behandler klagesaker fra helsepersonell etter lov om helsepersonell (administrative reaksjoner og avslag på autorisasjon med mer). Nemnda behandler også klagesaker etter visse kapitler i apotekloven, herunder forvaltning av driftskonsesjoner (fagkonsesjoner) i det nye apoteksystemet.

De syv medlemmene i Statens helsepersonellnemnd ble oppnevnt våren 2001. Nemndas sekretariat startet arbeidet i mars 2001. Sekretariatet har sine kontorer i Trygderettens lokaler. Støtte-tjenester deles med Trygderetten som ressursmessig ble styrket i forbindelse med etableringen av nemnda og dennes sekretariat. Omfanget av antall saker som klages inn for nemnda og omfanget av behov for sakkyndige uttalelser vil være

bestemmende for de ressurser som stilles til rådighet i 2002. Det forutsettes at nemnda bistår departementet i det generelle arbeidet med videreutvikling av reaksjonssystemet overfor helsepersonell. Det samme gjelder forenkling i godkjenningssystemet for helsepersonell med utdanning fra utlandet.

Henvisningsprosjektet

Stortinget har bedt Regjeringen om å gjennomføre en 2-årig prøveordning for kiropraktorer og fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi (manuellterapeuter) i et representativt utvalg fylker. Forsøket innebærer at henvisningskravet fra lege til kiropraktor/manuellterapeut faller bort. Disse personellgruppene vil også få anledning til å sykemelde pasienter for en kortere periode, henvise til spesialist på nærmere fastsatte vilkår og anledning til å rekvirere fysikalsk behandling. På bakgrunn av vedtaket i Stortinget, vil sentrale mål for prøveordningen være å få til raskere igangsatt behandling, kortere sykemeldingsperiode, mer målrettet bruk av helsepersonell, mer fornøyde pasienter og bedre samarbeid mellom kiropraktorer/manuellterapeuter og andre personellgrupper. Forskrift som regulerer forsøksordningen ble fastsatt i juli 2001 og forsøket startet opp 1.9.2001.

Forsøksordningen omfatter fylkene Hordaland, Nordland og Vestfold. Rikstrygdeverket har hatt ansvar for å tilrettelegge for og gjennomføre ordningen inkludert informasjon og opplæring. Rikstrygdeverket har også ansvar for at evaluering blir gjennomført. En referansegruppe med representanter bl.a. fra de berørte personellgrupper har gitt innspill i forberedelsesfasen, og vil også ha rådgivende funksjon i driftsfasen. Departementet vil som oppdragsgiver følge opp forsøksordningen i 2002 i samsvar med det oppdrag som er gitt Rikstrygdeverket.

Kvalitetsutvikling i helsetjenesten

Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten ble avsluttet i 2000. Helsetilsynets oppsummeringsrapport om programmet viser at forankring og engasjement på ledernivå er helt avgjørende for om en virksomhet skal kunne lykkes med systematisk kvalitetsforbedring. En annen viktig forutsetning er at hyppige utskiftninger blant personellet unngås. Kvalitetsrådgiverne hos fylkeslegene har i stor grad båret fram Nasjonal strategi og sikret at aktiviteter gjennomføres i kommunene.

Departementet følger opp nasjonal strategi på ulike måter. Et utkast til forskrift om internkontroll og kvalitetsutvikling vil bli sendt på høring med sikte på ikrafttreden i løpet av 2002.

Utredningen fra Helsetilsynet om etablering av et program for faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten er ferdigstilt. Departementet ser behov for samordning mellom aktører i offentlig helseforvaltning og fagmiljøene i den utøvende helsetjenesten på dette feltet, og vurderer for tiden utredningens anbefalinger.

Det er behov for å sikre kontinuitet og langsiktig kompetanseoppbygging i det kommunale kvalitetsarbeidet. Kvalitetsrådgiverstillingene hos fylkeslegene gjøres derfor permanente. Sosial- og helsedepartementet foretar nå en grensedragning mellom de ulike etater i den sentrale helseforvaltning. I RNB vil Sosial- og helsedepartementet komme tilbake med forslag til fremtidig plassering av budsjettmidlene knyttet til kvalitetsrådgiverne. Kvalitetsrådgiverne vil i 2002 ha som prioritert oppgave å bistå kommunene med å etablere kvalitetssystemer.

Kvalitetsutvikling ivaretas også bl.a. gjennom utvikling av kvalitetsindikatorer for sykehus og etablering av medisinske kvalitetsregistre, jfr. omtale under kap. 739, og i prioriteringsrådets kobling mellom medisinsk og helsepolitisk prioritering, jfr. kap. 706.

Oppfølging av fastlegereformen

Fastlegeordningen ble iverksatt i alle kommuner 1. juni 2001. 78% av befolkningen sendte ønske om fastlege da de ble invitert til å gjøre dette i februar 2001. 9 av 10 personer fikk oppfylt sitt første, andre eller tredje ønske om fastlege. Kun 0,5% (ca. 25 000 personer) valgte å stå utenfor ordningen. Innføringen av reformen må kunne karakteriseres som vellykket selv om mange i første omgang ikke fikk den legen de ønsket. Etter at innbyggerne fikk beskjed om tildelt lege i mai 2001 har ca. 226.000 frem til 1. august byttet fastlege. Det viser at muligheten til å bytte og dermed få innfridd sitt legeønske har fungert bra.

Bevilgninger til forberedelse av reformen i 2001 dekket blant annet informasjonsarbeid rettet mot kommuner, leger og befolkning og oppstart av evaluering av reformen. Departementet har lagt opp til en omfattende oppfølging og evaluering. For å følge reformens utvikling samarbeider departementet med Rikstrygdeverket og Statistisk sentralbyrå i forhold til relevante styringsdata. Norges forskningsråd har fått i oppdrag å ivareta den forskningsbaserte evalueringen. Opp-

følgningen av reformen foregår gjennom et etablert samarbeid mellom departementet, Kommunenes Sentralforbund, Oslo kommune og Den norske lægeforening.

Allmennlegetjenesten er blitt tildelt nye ressurser i forbindelse med fastlegeordningen. Til sammen er det opprettet 360 nye legehjemler i perioden 1999 til august 2001 (inkl. tidligere avtaleløse leger). Samtidig med denne økningen har antallet ledige hjemler blitt redusert. Medio september 2001 er det 192 ubesatte fastlegehjemler/stillinger i kommunehelsetjenesten fordelt på ca. 150 kommuner (i desember 2000 var det 358 ubesatte hjemler). Andelen ubesatte hjemler er størst i Sogn og Fjordane, Nord-Trøndelag og Nordland. Spesielt små kommuner har vanskeligheter med å rekruttere leger. Dette vil kunne bedres som følge av stor økning i tilgang på leger de kommende år.

Fylkeslegene har innvilget 9 søknader om midlertidig suspensjon fra fastlegeordningen, 2 i Troms, 6 i Nordland og 1 i Akershus. Dette innebærer at innbyggerne i disse kommunene ikke har fått tilbud om fastlege. Allmennlegetjenesten fortsetter der slik den var organisert før 01.06.01.

Stimuleringstiltak for å bedre den geografiske fordeling og stabiliteten i primærlegetjenesten omtales i kap. 705 post 60.

Utviklingstiltak innen primærhelsetjenesten

Departementet har gitt Statistisk sentralbyrå i oppdrag å gjennomføre et metodisk forprosjekt om sentrale data fra allmennlegetjenesten (forkortet SEDA-prosjektet) basert på opplysninger lagret i legenes elektroniske journal. Formålet med SEDA er å gi den enkelte lege datagrunnlag for kvalitetsutvikling i egen praksis og skaffe myndighetene aggregerte styringsdata. Når rapport foreligger våren 2002 vil departementet ta stilling til om det er grunnlag for å etablere årlig aktivitetsstatistikk. Utover dette vil departementet gi støtte til aktuelle utviklingsprosjekter innen primærhelsetjenesten.

Utvikling av tannhelsetjenesten

I 2001 ble det avsatt vel 12 mill. kroner fordelt til følgende tiltak:

- tilskudd til 1-årig tilleggskurs for tannleger fra land utenfor EØS-området.
- offentlig støtte til implantatbehandling for definte pasientgrupper ved de odontologiske fakultetene i Oslo og Bergen.
- tilskudd til drift av Bivirkningsgruppa for odontologiske biomaterialer ved UNIFOB ved Uni-

versitetet i Bergen, samt til oppstart av prosjekt med utskifting av tannfyllingsmaterialer for pasienter med mistanke om bivirkninger.

- Bidrag til Nordisk institutt for odontologisk materialprøving (NIOM) til internasjonalt standardiseringsarbeid.
- Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud
- Støtte til enkeltprosjekter for utvikling av tannhelsetjenesten

I forbindelse med Stortingets behandling av RNB 2001 ble det innenfor bevilgningen på kap. 701.21 omdisponert midler til statlig medfinansiering av kostnader til behandling av pasienter som er blitt feilbehandlet av en tidligere tannlege på Vestlandet. I proposisjonen ble det anført at departementet i statsbudsjettet for 2002 ville gjøre rede for fordelingen av kostnadene som partene har avtalt. Forsikringsselskapene, Den norske tannlegeforening og staten la 15. mai 2001 frem et tilbud til berørte pasienter ved deres advokater. Pasientenes eventuelle aksept av tilbudet har tatt lenger tid enn forutsatt. Årsaken til dette er bl.a. omfanget av sakskomplekset. Det antas at deler av statens tilskudd blir utbetalt i 2001, resten i 2002. Departementet vil redegjøre for fordelingen av kostnadene i RNB 2002.

Personellforhold

Under Stortingets behandling av Dokument 8:60 (1999-2000), jfr. Innst. S. Nr. 196(2000-2001), ga sosialkomiteen støtte til en videreføring av tiltakene for å rekruttere tannleger fra land innenfor og utenfor EØS-området. Komiteen ba Regjeringen vurdere tiltak for å utnytte personellgruppene innenfor offentlig og privat tannhelsetjeneste bedre. Komiteen ba departementet utrede en endring i dagens lovverk med siktemål at samarbeidet mellom den offentlige tannhelsetjenesten og privatpraktiserende tannleger styrkes. Videre mente komiteen at det raskt er nødvendig å ta stilling til behovet for en økning av tannlegeutdanningen, og at tannpleierutdanningens innhold og omfang bør vurderes. Et flertall i komiteen henstilte til Regjeringen så raskt som mulig å foreta en avklaring av om det bør etableres en tannlegeutdanning i Tromsø.

Departementet har, sammen med Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, til vurdering tannpleieutdanningens innhold og omfang. Departementet vil, sammen med spørsmålet om kapasiteten i tannlegeutdanningen, komme tilbake til dette på et senere tidspunkt.

Departementet vil videreføre tiltakene for å rekruttere tannleger fra EØS-land (se kap. 705 post 60) og tilbud om 1-årig tilleggskurs ved Universitetet i Bergen for tannleger fra land utenfor EØS-området. Det vil bli vurdert en eventuell utvidelse av dette tilbudet og tiltak for å effektivisere vurderingen av den enkelte søkers kvalifikasjoner. For å øke tilgangen på tannleger foreslår Regjeringen å utvide gebyrstipendordningen til også å omfatte tannlegeutdanning fra studieåret 2002-2003.

Spesialistutdanning av tannleger og odontologiske kompetansesentre

I forbindelse med interpellasjonsdebatt 7. mai 1998 ba Stortinget Regjeringen om å vurdere å fremme forslag om opprettelse av odontologiske kompetansesentra i alle helseregioner. Statens helsetilsyn har utarbeidet en rapport på oppdrag fra departementet om odontologiske spesialisttjenester og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentre. Utredningen har vært på høring. I mandatet ba departementet spesielt om å få belyst geografisk fordeling av spesialister, utdanningsstillinger og styringen/finansieringen av disse, betydningen av regionale kompetansesentra samt hvilke spesialiteter som det bør tilbys utdanning i.

Fra høringsinstansene er det en felles oppfatning om at dagens system for spesialistutdanning ikke har gitt tilstrekkelig antall spesialister eller gitt mulighet til en tilfredsstillende geografisk fordeling. Utdanningen har vært organisert og finansiert av universitetene, uten at de budsjettmessige forutsetningene har vært tilstede for en utdanning for å dekke tannhelsetjenestens behov. Det er derfor bred oppslutning om at Sosial- og helsedepartementet overtar ansvaret for finansiering og styring av spesialistutdanningen, jfr. departementets ansvar for spesialistutdanning av leger. Det er også bred oppslutning om etablering av regionale odontologiske kompetansesentra. Disse skal ha som oppgave å være henvisningsinstans, drive rådgivning og etterutdanning av annet tannhelsepersonell. I tillegg vil deler av spesialistutdanningen av tannleger på sikt kunne legges til slike sentra. Opprettelse av odontologiske kompetansesentra vil bli drøftet i høringsnotat om fremtidig forankring av den offentlige tannhelsetjenesten, se nedenfor.

Behovet for økning i antall tannleger med spesialistutdanning vil også øke som følge av økt behov for kvalifiserte tannleger til vitenskaplige stillinger ved universitetene. En økning i antall

studieplasser for tannleger krever økt rekruttering av vitenskaplig personell med både spesialistutdanning og forskerutdanning. Opprettelse av odontologiske kompetansesentra krever også tilgang på tannleger med spesialistutdanning. Departementet foreslår derfor at det i 2002 bevilges midler til finansiering av flere utdanningsstillinger innen spesialistutdanningen. Tilskudd til spesialistutdanning vil innebære at denne utdanningen blir underlagt en statlig styring. For øvrig vil departementet følge opp de andre forslagene i rapporten på egnet måte.

Det offentlige tilbud

Stortinget har bedt departementet utrede muligheten for å utvide tilbudet til grupper som i dag ikke har et tilbud om offentlige tannhelsetjenester. Det er i 2001 igangsatt en forsøksordning med et utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud. Fylkene Hedmark, Vest-Agder og Nord-Trøndelag deltar i ordningen, og skal gi et tilbud til et utvalg hjemmeboende personer som mottar eller er kvalifisert for kommunale hjemmetjenester. Forsøksordningen skal gå over to år med sikte på å avklare utformingen og kartlegge administrative og økonomiske konsekvenser av en eventuell nasjonal utvidelse av tilbudet. Kostnadene anslås til om lag 7 mill på årsbasis ved full drift. I 2001 er det foreløpig gitt 2 mill til oppstart av forsøksordningen.

Tilskudd til implantatbehandling (kirurgi) ved de odontologiske fakulteter videreføres på trygdebudsjettet kap. 2790 post 70.

Stortinget har i forbindelse med behandlingen av Dokument nr. 8:66 (1999-2000) bedt Regjeringen om å fremme forslag om trygdefinansiering for pasienter som lider av periodontitt i forbindelse med statsbudsjettet for 2002. Departementet foreslår at en utvidet ordning gjelder for behandling av alle grader av sykdommen periodontitt, og baseres på offentlig fastsatte takster. Tilskuddet foreslås gitt til både behandling av sykdommen og til rehabilitering i forbindelse med sykdommen, for eksempel tenner som er mistet p.g.a. sykdommen. Ordningen skjermer de med høyest kostnader. Refusjonsordningen planlegges å tre ikraft fra 1. juli 2002. Departementet vil redegjøre nærmere for utformingen av refusjonsordningen i RNB 2002.

Fremtidig eierskap og driftsansvar for offentlig tannhelsetjeneste

I departementets høringsnotat om forslag til statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten var det ikke tatt stilling til fremtidig organisering av tannhelsetjenesten. I Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) om lov om helseforetak m.m., ble det redegjort for høringsinstansenes synspunkter på fremtidig organisering. Av høringsinstansene som uttalte seg om tannhelsetjenesten, vurderte ca. halvparten det som mest hensiktsmessig at staten overtar offentlige tannhelsetjenester med foretak som driftsform samtidig med en eventuell overføring av spesialisthelsetjeneste. Flere høringsinstanser anbefalte at spørsmålet om fremtidig organisering burde utredes med sikte på egen høringsrunde.

Departementet tar sikte på å sende høringsnotat om fremtidig eierskap og driftsform på høring i løpet av høsten 2002. Vurderingen av den forvaltningsmessige plassering av tannhelsetjenesten vil bli gjort med utgangspunkt i de overordnede hensyn og verdier som skal legges til grunn for oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåene jfr. St.meld. nr. 31 (2000-2001) Kommune, fylke stat – og en bedre oppgavefordeling, og Stortingets behandling av denne, jfr. Innst. S. Nr. 307 (2000-2001). Forslag til opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra og samarbeid mellom offentlig tannhelsetjeneste og privatpraktiserende tannleger vil bli drøftet i høringsnotatet.

Det tas sikte på at forslag blir fremlagt for Stortinget i 2002, slik at aktuelle endringer i oppgavefordeling av denne tjenesten er iverksatt innen 01.01.03.

Kvalitet på tannbehandlingsmaterialer

Departementet foreslår at bevilgningene til Bivirkningsgruppen i Bergen videreføres, med bl.a. klinisk utredningsvirksomhet og utprøvende behandling. Det forutsettes at informasjonsvirksomheten utvides.

Videre foreslås videreført bevilgninger til Nordisk institutt for odontologiske materialer (NIOM) for deltagelse i internasjonalt standardiseringsarbeid. Gjennom iverksetting av EØS-direktiv om medisinsk utstyr fra juni 1998 har NIOM's oppgaver og funksjon endret karakter. Basert på evaluering av virksomheten har Nordisk ministerråd vedtatt at NIOM Cerifisering skal skilles ut juridisk og økonomisk fra den øvrige virksomheten ved NIOM. NIOM Certifisering har funksjoner som teknisk kontrollorgan innenfor EU-systemet for CE-merking av medi-

sinsk utstyr. Departementet vil bistå Nordisk ministerråd i arbeidet med å skille ut NIOM Certifisering. Det foreslås avsatt inntil 1 mill. kroner til etablering av en stiftelseskapital.

NIOM Laboratorium har en sentral rolle som rådgiver overfor de nordiske helsemyndigheter, testing av materialer, deltagelse i standardiseringsarbeid og forskningsvirksomhet på tannbehandlingsmaterialer. Norge er domicil-land for NIOM. Det er vedtatt at NIOM Laboratorium fortsetter som en nordisk institusjon, hvor det skal utvikles et faglig nettverk med andre nordiske forskningsinstitusjoner. Det kan være aktuelt å vurdere NIOM's tilknytning til andre forskningsmiljøer i Norge i forbindelse med dette i 2002.

Oppfølging av Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning

For 2001 disponeres 5,3 mill. kroner til forsøks- og utviklingsarbeid, hvorav 4,6 mill. kr ble overført til Sametinget for videre fordeling. Dette inkluderer videreføring av rehabiliteringsstipend. Prosjektvirksomheten har fått en bedre geografisk spredning, med tiltak også i kystkommuner og sørsamiske områder. Departementet vil høsten 2001 inngå avtale om evaluering av forsøksvirksomheten og av den øvrige oppfølging av NOU 1995:6.

Sosial- og helsedepartementet har i 2001 tildelt Universitetet i Tromsø 2 mill. kr. for drift av Senter for samisk helseforskning. Formålet med senteret er å framskaffe dokumentasjon som vil bedre kunnskapsgrunnlaget for faglig utvikling av helse- og sosialtjenester til samisk befolkning. Senteret har i det første driftsåret arbeidet med en oversikt over samisk kompetanse i sektoren, og i samarbeid med Statens helseundersøkelser (SHUS) startet planlegging av en helse- og levekårsundersøkelse i samiske områder. Datainnsamlingen koordineres med SHUS sin befolkningsundersøkelse i Troms og Finnmark.

Regjeringen vedtok i august 2001 en handlingsplan for helse- og sosialtjenesten til den samiske befolkning i Norge 2002-2005 («Mangfold og likeverd»). Som en oppfølging av planen foreslås at tilskuddet til Sametinget for 2002 økes slik at det også omfatter midler til en fast fagstilling. Dermed kan rollen som politisk premissleverandør for Regjeringen i helse- og sosialsektoren bedre ivaretas. Dette er særlig aktuelt i forbindelse med eierstyringen av helseforetakene i forhold til den samiske befolknings behov. Den samiske befolkning må kunne forvente at statlige virksomheter ivaretar krav til tilfredsstillende

standard når det gjelder språklig tilrettelegging og kulturforståelse.

Driften av Senter for samisk helseforskning trappes opp i samsvar med plan. Både forsknings-senteret og Sametinget vil ha en rolle i samarbeidet innen WHO om urfolks helse. Den omtalte helse- og levekårsundersøkelsen finansieres særskilt. De øvrige forsknings- og utviklingstiltakene videreføres.

I 2001 ble det bevilget 2,8 mill. kroner til Finnmark fylkeskommune til drift av spesialisthelsetjenesten til den samiske befolkningen. Fra 2002 foreslås bevilgningen på 2,8 mill. kroner lagt inn i rammen til kap. 732 Regionale helseforetak, post 70 Tilskudd til helseforetakene.

Diverse tiltak på legemiddelområdet

Departementet vil støtte etterutdanningstilbudet som gis ved Avdeling for videre- og etterutdanning (VETT) under Farmasøytisk institutt ved Universitetet i Oslo over denne posten. Tilbudet anses å være av betydning når det gjelder å opprettholde og videreutvikle kompetansen på farmasøytiske arbeidsplasser i Norge.

Det antas at feilbruk av legemidler er årsak til mange sykehusinnleggelser. Det er derfor viktig å minimalisere omfanget av feilbruk av legemidler. Det vil bli foretatt en kartlegging av omfanget av feil legemiddelbruk som ledd i et arbeid med å utarbeide en handlingsplan for sikrere legemiddelbruk. Tiltaket er en oppfølging av vedtak fattet i Stortinget ved behandlingen av statsbudsjettet for 1999.

Norsk Medisinaldepot har til nå hatt ansvaret for et statlig beredskapslager av legemidler. Etter omdannelsen til statlig aksjeselskap fra 1.1.93 har staten betalt for disse beredskapstjenestene over denne posten. I St.prp. nr. 46 (1998-99) Om salg av aksjer i Norsk Medisinaldepot AS ble det varslet at departementet tar sikte på å legge ansvaret for etablering og drift av eget beredskapslager ut på anbud blant grossistene. Departementet vil, med bistand fra Statens helsetilsyn, utarbeide en kravspesifikasjon med hensyn til dimensjonering og sammensetning av et slikt lager. Videre er det behov for å styrke beredskapssituasjonen i forhold til viktige blodfaktorprodukter. Departementet vil derfor vurdere behovet for å bygge opp et statlig eiet bufferlager av livsviktige blodfaktorprodukter.

ATCvet er et klassifiseringssystem for veterinærmedisiner som ble utviklet av Nordisk Legemiddelnemnd (NLN) i 1990. Systemet er basert på den internasjonale ATC klassifiseringen av

legemidler (til human bruk). Driften av ATCvet ble vedtatt overført fra NLN til WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology fra 1. januar 2001 for å knytte arbeidet sammen med det internasjonale ATC arbeidet. ATC-vet finansieres over denne posten.

Nasjonal legemiddelstatistikk

Departementet planlegger fremmet en lovproposisjon våren 2002 med sikte på at et reseptbasert legemiddelforbruksregister kan etableres i 2003. De personvernmessige hensyn som et legemiddelforbruksregister må ivareta for både pasient og forskriver, vil bli drøftet inngående i proposisjonen.

Fram til 1995 hadde myndighetene gjennom eierskap til Norsk Medisinaldepot fullt eierskap til den nasjonale legemiddelstatistikken på grossistnivå. Etter 1995 har Norsk Medisinaldepot fortsatt utført enkelte tjenester på vegne av helsemyndighetene. Tjenestene har vært finansiert av Sosial- og helsedepartementet og omfatter blant annet utarbeidelse av statistikk over legemiddelforbruket i Norge, narkotikastatistikk og det internasjonale arbeidet med koding og klassifisering av legemidler (WHO-arbeid). I en konkurranseeksponert legemiddelbransje er det naturlig at disse samfunnsoppgavene etter hvert blir utført av andre enn Norsk Medisinaldepot. Departementet vil derfor opprette en enhet for legemiddelstatistikk og -metodologi med ansvar for å utøve de samfunnsoppgaver som Norsk Medisinaldepot til nå har utført for departementet. Enheten vil bygge på NMDs avdeling for legemiddelstatistikk- og metodologi, som vil bli søkt innlemmet på en naturlig plass i den statlige helseforvaltningen. Den nye enheten vil være base for både grossiststatistikken og den reseptbaserte legemiddelstatistikken.

Det er bare ved hjelp av en grossiststatistikk en kan få totaltallene over legemiddelforbruket i Norge. Grunnen til dette er at en ikke ubetydelig omsetning av legemidler følger andre kanaler til sluttbruker enn apotekene, som vil være innsamlingssted for data til den reseptbaserte statistikken. Videre faller reseptfrie legemidler samt sykehusenes legemiddelforbruk utenfor det en reseptbasert legemiddelstatistikk kan fange opp. Ved behandlingen av Ot. Prp. nr. 61 (2000-2001) sluttet Stortinget seg til et forslag om å gi en bestemmelse i legemidelloven (§ 14) som innebærer at grossister og andre som driver engrosomsetning kan pålegges å registrere opplysninger om omset-

ningen. På bakgrunn av dette vil departementet i løpet av vinteren fastsette forskrift for legemiddelstatistikken fra grossister, for å sikre en videreføring og utvikling av den nåværende grossiststatistikken.

Rapporteringsrutiner innenfor legemiddelassistert rehabilitering

Tilbudet med metadonassistert rehabilitering ble landsdekkende i 1998. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er i dag organisert med utgangspunkt i helseregionene, og er forankret i spesialiserte sentra. Ved utgangen av 2000 var om lag 1 100 klienter i LAR, og 800 stod på venteliste for oppstart. Det forventes en økning av antall personer som søker seg til en slik behandling. Det vises videre til omtale under kap. 614 post 63 Utvikling av sosialtjenesten og rusmiddeltiltak.

Brukere av metadon kommer daglig eller ukentlig til apoteket for å hente sin dose med metadon. Da LAR er et relativt nytt tilbud, kan det oppstå uklare ansvarsforhold og rapporteringsrutiner. Det er behov for gode retningslinjer som omfatter alle samarbeidspartnere som er delaktig i LAR. Dette er primærlegen/spesialisten, sosialkontoret og apoteket. Departementet ønsker å utarbeide klare retningslinjer for rapporteringsrutiner for klientene på metadon, og ansvarsforholdet mellom deltakerne i LAR. Utarbeiding av retningslinjer for rapporteringsrutiner og ansvarsforhold innen LAR vil finansieres over dette kapitlet.

Blodtrykksprosjektet

Forbruket av blodtrykk- og kolesterolsenkende legemidler øker sterkt, og utgjør nå mer enn 20 pst. av legemiddelrefusjonene. Denne utviklingen kan gjenspeile et tilsvarende økt behov i befolkningen, men kan også i noen grad skyldes ufullstendig retningslinjer for forskrivning av disse medikamentene. På denne bakgrunn ble Statens institutt for folkehelse i mars 2000 engasjert til et prosjekt som skal utvikle støtte for allmennlegene til en mer rasjonell legemiddelforskrivning på dette terapiområdet. Søkelyset rettes både mot blodtrykk- og kolesterolsenkende legemidler. Prosjektet vil gjennomgå den samlede kunnskapsbasen på dette feltet. Med dette som utgangspunkt vil prosjektet utarbeide nye og bedre former for formidling av kunnskapsbaserte retningslinjer for forskrivningen av dette legemiddelet.

Prosjektet vil gå over 3 år, og kan gi grunnlag for betydelige innsparinger på lengre sikt.

Tilskudd til Senter for helseadministrasjon

Det er inngått avtale mellom Sosial- og helsedepartementet og Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo om å bidra til å bygge ut nasjonal kompetanse på høyt nivå innenfor fagområder av betydning for utøvelse av god administrasjon og ledelse.

Avtalen går ut 1. juli 2002. Senteret ønsker en ny avtale. Departementet vurderer nå saken.

Standardiseringsarbeid

Standardiseringsarbeid går ut på å begrense antall varianter og stille krav til produksjon av varer og tjenester. Formålet er å oppnå praktiske eller økonomiske fordeler for kjøpere og brukere av utstyret. Standardiseringsarbeidet innenfor helsesektoren omfatter en rekke områder som kvalitetssystemer, risikovurderinger, medisinsk informatikk samt tradisjonelle produktstandarder. Norges standardiseringsforbund (NSF) er det norske sentralorgan for standardisering og annen beslektet virksomhet. De representerer norske interesser i de internasjonale organisasjonene International Organization for Standardization (ISO) og Comite Europeen de Normalisation (CEN). Norsk allmennstandardisering (NAS) arbeider med standarder innenfor helsesektoren.

Ved utarbeidelse av direktiver i EU er Norges muligheter for deltakelse og innflytelse begrenset. I den europeiske standardiseringsorganisasjonen CEN er imidlertid Norge fullt medlem, og deltar på lik linje med øvrige EØS-land i standardiseringsarbeidet. Deltakelsen gir gode og reelle muligheter for å påvirke standarder som etter hvert blir retningsgivende også for Norge.

Standardiseringsarbeidet har tidligere vært finansiert av Nærings- og handelsdepartementet. Imidlertid er det besluttet at fagdepartementene skal ta større ansvar for finansiering av standardiseringsarbeidet innenfor sine områder. Sosial- og helsedepartementet legger opp til at departementets bidrag til finansieringen av standardiseringsarbeid på helseområdet skal dekkes under denne posten.

Oppfølging handlingsplan for antidopingarbeid

Regjeringen la høsten 1999 fram en handlingsplan for antidoping. Som ledd i oppfølgingen av denne skal Sosial- og helsedepartementet bidra til å etablere en database over dopingmidler, informasjonsdatabase, informasjonsbrosjyre og informasjonstelefon.

Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene

Utvikling og drift av «Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene» videreføres. I forbindelse med fornyelsen av den sentrale sosial- og helseforvaltningen kan det bli aktuelt å flytte utviklings- og driftsoppgavene ut av departementet. Også i 2001 har Sosial- og helsedepartementet sendt ut et rundskriv med nasjonale mål og hovedprioriteringer (rundskriv I-1/2001). Det forutsettes at fylkesmenn og fylkesleger følger opp enkeltkommuner for å fremme en positiv utvikling av helse- og sosialtjenesten i tråd med signalene i rundskrivet. Departementet har i samarbeid med Statistisk sentralbyrå og Statens helsetilsyn publisert en landsomfattende samling med nøkkeltall fordelt kommunevis (I-1036/1B-6B).

Førstehjelpsprosjektet

Førstehjelpsprosjektet med utdeling av materiell til alle 8. klassinger og lærere ble avsluttet i 2001. Prosjektet har pågått siden 1996, og resultatene av undervisningsopplegget skal evalueres i 2002.

Internettportal

I 2001 har departementet etablert en internettportal for offentlig sosial- og helseinformasjon. Portalen skal videreutvikles i 2002, og gjøres mer brukervennlig for ulike målgrupper. Markedsføring av tjenesten vil også bli prioritert i 2002.

Tidsskriftet Liv og helse

Liv og Helse er Sosial- og helsedepartementets tidsskrift for formidling av faglig stoff og erfaringsspredning. Tidsskriftet kommer ut med seks nummer i året, og skal informere om sosial- og trygdepolitikk, sosial- og helsereformer, lovarbeider og viktige prosjekter. Stoffet presenteres i form av reportasjer, fagartikler og kortnotiser. Målgruppe er kommune- og fylkesnivå. Liv og Helse vil ha et opplag på ca. 27 000.

Statistikkutvikling m.v. knyttet til handlingsplan for helse- og sosialpersonell

Sosial- og helsedepartementet etablerte i 1999 et samarbeid med Statistisk Sentralbyrå og Kommunenes Sentralforbund om å utvikle en helhetlig personellstatistikk for helse- og sosialsektoren på grunnlag av data fra statens og kommunenes

lønns- og personalsystemer og rapporter fra private helsevirksomheter. På bakgrunn av at legermarkedet fra 1.1.99 er undergitt statlig regulering, har en startet med et eget prosjekt for legegruppen. Statistikken skal være tilpasset de krav som stilles i HELSEMOD og KOSTRA. Statistikkarbeidet på personellfeltet vil bli fulgt opp i 2002.

Oppfølging av utredning om alternativ medisin

Departementet viser til Innst. S. nr. 172 (2000-2001), anmodningsvedtak nr. 296: Stortinget ber Regjeringen legge fram en stortingsmelding om alternativ medisin med utgangspunkt i Aarbakkeutvalgets innstilling i løpet av 2002.

Aarbakkeutvalgets innstilling inneholdt forslag til lovregulering og tilskudd til kunnskapsutvikling på feltet. Det tas sikte på å fremme forslag til oppfølging av Aarbakkeutvalgets innstilling for Stortinget i løpet av 2002.

Departementet gjennomførte høsten 2000 et vellykket norsk-kinesisk helseseminar med vekt på tradisjonell kinesisk medisin. Det arbeides med å konkretisere samarbeidsavtalen mellom Norge og Kina til en handlingsplan, der utveksling av personell og samarbeid om forskningsprosjekter innen tradisjonell kinesisk medisin vil stå sentralt. Nasjonalt forskningssenter innen alternativ medisin (Universitetet i Tromsø) og Institutt for allmenn- og samfunnsmedisinske fag ved Universitetet i Oslo vil bistå i arbeidet, jmfør kap. 739.50.

400 års jubileum for det offentlige helsevesen i 2003

I 1603 ble den første offentlige lege i Norge utnevnt som stadsmedicus i Bergen av kong Christian IV. I 2003 er det således 400 års jubileum for det offentlige legevesen og derved for det offentlige helsevesen i Norge. Sosial- og helsedepartementet har nedsatt en styringsgruppe med representanter fra ulike organisasjoner og etater til å forberede jubileet. Formålet er å øke forståelsen for forebyggende helsearbeid og det offentlige helsevesen, sørge for verdige markeringer av 400 års jubileet og bidra til å styrke faget medisinsk historie i Norge. I den forbindelse er det inngått avtale med Universitetet i Oslo om utarbeidelse av et vitenskapelig medisinsk –historisk verk som dekker perioden ca. år 1600 til 2000. Det vil bli arrangert en stor internasjonal konferanse i Bergen. I tillegg planlegges særskilte jubileumsmarkeringer sentralt og lokalt.

Dokumentasjonsdatabase

Giftinformasjonssentralen (GIS) har i dag et manuelt arkiv som inneholder opplysninger om giftighet mv. av en rekke stoffer og produkter. Dette arkivet inneholder ca 30 000 fysiske mapper. Opplysningene er samlet inn over en periode på 40 år, deler av dokumentasjonen er ikke oppdatert og er til dels misvisende. Det er ønskelig å erstatte det manuelle arkivet med en dokumentasjonsdatabase. En slik base vil gjøre det enklere og raskere å besvare henvendelser. Myndighetene vil i tillegg få en bedre kvalitetssikret dokumentasjon og et system som er mindre sårbart for brann/ulykker. En elektronisk database er også en forutsetning for samarbeid på tvers av etater/departementer når det gjelder utveksling av dokumentasjon og videre elektronisk innmelding av produkter fra produsenter.

Post 50 Norges Forskningsråd

Forskning i regi av Norges forskningsråd er et viktig bidrag til kunnskapsgrunnlaget for nasjonale forvaltningsoppgaver, beslutninger i politikkutforming og utvikling av prioriterte fagfelt. Bevilgningen er totalt på 32,7 mill. kroner, og skal dekke igangværende forskningsprogrammer og andre langsiktige satsinger knyttet til Sosial- og helsedepartementets programkategori 10. Helsevern og 10.40. Psykisk helse. Midlene administreres av Norges forskningsråd.

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

Bevilgningen går til følgende programmer og satsinger i Norges forskningsråd:

Farmakologisk forskning

Satsingens mål er å øke den forskningsbaserte kunnskapen innen farmakologi, farmakoterapi og farmasi, som grunnlag for å dokumentere legemidlers nytteeffekt. I satsingen prioriteres basal og klinisk forskning med relevans for utvikling, bruk av legemidler eller forståelse av legemidlers virkning. Forskningen er i stor grad av langsiktig karakter og spenner over mange problemstillinger.

Program for Helsetjenester og helseøkonomi

Programmets formål er å stimulere til forskning om helsetjenesten, medvirke til å rekruttere forskere til området og bidra til å forankre forskningen i flere fagmiljøer. Hovedtema er helseøkonomi, psykisk helsearbeid og helsetjenestens organisering og styring. Forskningsområdet omfatter behandling og tjenestetilbudet i primærkommunene og i spesialisthelsetjenesten, innenfor og utenfor institusjonene. Forskning som frembringer ny kunnskap om tjenestetilbudet for mennesker med psykiske lidelser, er prioritert. Det er utarbeidet ny programplan for perioden 2001-2005. Programmet tildeles også midler på kap. 739, post 50 og kap. 675, post 50. Bevilgningen til psykisk helsefeltet foreslås økt med 1 mill. kroner til 5 mill. kroner.

Program for Mental helse

Det er for perioden 2001-2005 utarbeidet ny programplan for program for Mental helse. Programmets hovedmål er å bidra til en bedre folkehelse og fremme kvaliteten på helsetjenestetilbud som gis personer med psykiske lidelser gjennom forskning av høy kvalitet med relevans for mental helse. Det legges vekt på å styrke bånd mellom ulike typer forskning og fremme samarbeid mellom forskere, styrke forskning som er relevant for vanlig klinisk praksis, styrke forskning om barn og unge, forskning innen rettspsykologi/rettspsykiatri og fremme internasjonalisering av forskningen. Departementet legger vekt på at forskningen,

i tillegg til å fokusere på behandlingstilbud, også må ha fokus på forebygging og oppfølgingstiltak. Det er behov for mer kunnskap om hvordan tjenestetilbudet i kommunene bedre kan ivareta innbyggere med psykiske lidelser. Programmet skal sikre at brukerperspektivet ivaretas. Bevilgningen over 701 post 50 foreslås økt med 3,5 mill. kroner, til 22 mill. kroner. Programmet tildeles også midler på kap. 614 post 50.

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i medisin og helsetjeneste 2001 – 2005

Hensikten med programmet er at det skal gi et vesentlig bidrag til å nå overordnede mål i helsevesenet gjennom utvikling og bruk av IKT-løsninger og produkter basert på eksisterende og fremtidige bruker-behov. Programmet skal bidra til kompetanseheving og til nyskaping for norsk industri med helsesektoren som marked.

Programmet skal dekke

- grunnforskning og kompetanseoppbygging – medisinsk informasjonsteknologi har en stor betydning for utviklingen av helsevesenet og det medisinske tilbud. Økt satsing på kompetanseoppbygging gjennom doktorgradsstipend og postdokstipend vil styrke både helsevesenet og industrien
- industrirettet forskning og utvikling – bygge opp under helsevesenet som marked for IKT-baserte produkter og tjenester
- helsemyndighetenes behov – samfunnsmessige og organisatoriske aspekter ved utvikling og bruk av IKT helsevesenet.

Kap. 0702 Nemnd for bioteknologi

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert budsjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter	5 743	5 820	
	Sum kap 0702	5 743	5 820	

Overført fra 2000 til 2001:

Post 01: 24 000 kroner

Antall årsverk var 5,1 pr. 1. mars 2000 og 5 pr. 1. mars 2001 i følge det sentrale tjenestemannsregisteret.

På bakgrunn av forslag i St.prp. nr. 84 (2000-2001), jf. Innst. S. nr.325 (2000-2001) foreslås Bioteknologinemndas sekretariat organisert som en

del av det nye Sosial- og helsedirektoratet, jf. kapittel 706.

Nemnda gir råd til norske myndigheter og skal drøfte etiske og samfunnsmessige spørsmål i tilknytning til bioteknologisk virksomhet. Nemnda er høringsinstans for norske myndigheter om lov- og forskriftsendringer og i saker som angår Norges holdning til bioteknologiske spørsmål og gir uttalelser til saker som behandles i

medhold av genteknologiloven og bioteknologiloven.

Nemnda skal videre bidra med informasjon til publikum og samfunnsmessig bevisstgjøring. Nemnda er sammensatt med medlemmer fra ulike organisasjoner og fagmiljøer.

Det er nemnda som prioriterer aktiviteten i sekretariatet i samsvar med nemndas mandat. Bevilgningen dekker sekretariatets utgifter og aktiviteten i nemnda.

Kap. 0703 Helsetjenesten for innsatte i fengsel

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter, kan nyttes under post 60	5 352	7 670	
60	Tilskudd til kommuner	61 664	61 100	67 200
	Sum kap 0703	67 016	68 770	67 200

Overført fra 2000 til 2001:

Post 01: 198 000 kroner.

Bevilgningen på post 01 er fra 2002 overført post 60.

1. Formål og hovedprioriteringer

Målsettingen for fengselshelsetjenesten er at innsatte skal gis et likeverdig helsetilbud som befolkningen for øvrig. Tjenesten drives som en integrert del av den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Integreringen av fengselshelsetjenesten i den ordinære helsetjenesten gir en bedre faglig forankring for helsepersonellet i fengslene, en kvalitativt bedre tjeneste og letter rekrutteringen til et tungt arbeidsområde. Staten har det overordnede ansvar for tjenesten.

2. Tilstandsvurdering

Det er betydelige helsemessige problemer blant innsatte i norske fengsler. Både psykiske og somatiske lidelser, alkohol- og stoffmisbruk er langt mer utbredt enn i befolkningen for øvrig.

3. Virkemidler

Fra 1. januar 1995 har kommuner med fengsler en lovpålagt plikt til å yte helsetjenester til innsatte i fengsler. Spesialisthelsetjeneste er fra 1. januar 2002 et statlig ansvar etter spesialisthelsetjenesteloven og lov om helseforetak. Tannhelsetjeneste til innsatte i fengsler skal inntil videre ytes av fylkeskommunene med statlige tilskudd.

Det blir gitt øremerkede tilskudd til kommuner, fylkeskommuner og spesialisthelsetjenesten

for å sikre at kommuner som har fengselsanstalter makter å gi et like bra helsetilbud til innsatte som til resten av befolkningen. Tilskuddet for 2000 til den enkelte kommune og fylkeskommune ble fordelt på bakgrunn av tildelt tilskudd og rapporter om virksomheten for 1999. Tilskuddet blir vurdert og justert på bakgrunn av de avtaler som gjaldt inntil lovendringen fra 1994 trådte i kraft, rapportering om virksomheten og den nevnte kartlegging.

4. Resultatrapportering for 2000

Departementet har per 20. juli 2001 mottatt rapporter fra 38 av 43 fengsler. Av disse fremgår at kommunene i forbindelse med helsetjenesten til innsatte i fengsel har brukt 14 legeårsverk, 60 årsverk for sykepleiere, 4 årsverk for psykologer, 9 årsverk for fysioterapeuter og 17 årsverk av annet personell. Det er gitt 20 207 legekonsultasjoner og 49 045 sykepleierkonsultasjoner, 225 henvisninger til somatisk spesialisthelsetjeneste og 204 henvisninger til psykisk helsevern. Det har vært foretatt vel 190 og vel 160 innleggelser i hhv. somatisk sykehus og institusjoner innen psykisk helsevern.

Det øremerkede tilskuddet for 2001 til kommuner og fylkeskommuner med fengsel ble utbetalt etter at disse hadde sendt inn rapport og regnskap for bruken av 2000-midlene.

Psykiske lidelser og rusmisbruk er det dominerende helseproblemet i de fleste fengslene. Antallet psykotiske innsatte i fengsel her i landet er ikke stort. Statens helsetilsyn antar at inntil ca. 5-8 innsatte på landsbasis til enhver tid oppfyller vilkårene i lov om psykisk helsevern for tvangs-

innleggelse. For disse er det ofte en viss ventetid før de overføres til sykehus. I de senere år er ventetiden blitt vesentlig forkortet men kan i enkelte tilfeller variere en del.

Ved den utbyggingen av tjenestetilbudet som skal skje gjennom Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 vil også behandlingstilbudet til innsatte med psykiske lidelser bli vesentlig styrket.

5. Satsingsområder

Det er fortsatt nødvendig å styrke allmenhelsetjenesten i de fleste anstalter for å kunne sikre forsvarelige helsetjenester. Arbeidet med å styrke kompetansen og kapasiteten til behandling av sedelighetsdømte innenfor det ordinære behandlingsapparat må videreføres. Det vises her til nærmere omtale under kap. 743 post 70. Videre er det viktig å bedre samspillet mellom helsetjenesten for innsatte og institusjoner i psykisk helsevern for å sikre rask tilgang til institusjonsbehandling for alvorlig sinnslidende.

Det er innført faste samarbeidsmøter mellom Justisdepartementet og Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn. I tillegg er det kontakt og samarbeid i enkeltsaker.

Justisdepartementet og Sosial- og helsedepartementet er enige om behovet for å få mer kunnskap om hvordan samarbeidet mellom fengselsvesenet og helsetjenesten fungerer i praksis. Statens helsetilsyn gjennomfører i 2001 tilsyn med helsetjenesten til fengselsinnsatte i hele landet. De to departementene vil følge opp det som kommer fram her om samarbeidet mellom de to sektorene, både ved å se på gode samarbeidsmodeller og følge opp svakheter som måtte framkomme, og evt. gjennomføre ytterligere analyser av forvaltningssamarbeidet.

Bevilgningen fordeles til kommuners og fylkeskommuners tjenester innen 1. linjetjenesten og tannhelsetjeneste. Bevilgningen dekker også medisiner, medisinsk utstyr og kompetanseoppbygging innen fagfeltet.

Fra og med 2002 blir tilskuddene til psykisk helsevern bevilget over kap 732 post 70. Det er for 2002 foreslått bevilget 6,9 mill til dette formålet.

Kap. 0704 Giftinformasjonssentralen (jf. kap. 3704)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter	11 032	11 900	
	Sum kap 0704	11 032	11 900	

Det er overført fra 2000 til 2001:

Post 01: 103 000 kroner.

Som ledd i fornyelsen av den sentrale sosial- og helseforvaltningen, er det vedtatt at Giftinformasjonssentralen fra 2002 skal inngå i et nytt Sosial- og helsedirektorat. Under kap 704 presenteres resultatrapport for Giftinformasjonssentralen for 2000. For nærmere omtale av Sosial- og helsedirektoratet vises det til nytt kap. 706 Sosial- og helsedirektoratet.

Resultatrapportering 2000

Råd og veiledning ved henvendelser til Giftinformasjonssentralen

I de senere år har det vært sterk økning i antall henvendelser til Giftinformasjonssentralen:

Henvendelser til Giftinformasjonssentralen

	1997	1998	1999	2000
Totalt antall henvendelser	23 705	24 199	28 468	30 059
Økning fra forutgående år	16 pst.	2 pst.	18 pst.	9pst
Henvendelser utenfor vanlig arbeids- tid, antall og andel	15 718 (66 pst.)	16 595 (69 pst.)	19 617 (69 pst.)	21 663 (70 pst)
Henvendelser som gjelder akutte tilfeller, antall og andel	16 039 (68 pst.)	16 394 (68 pst.)	20 132 (71 pst.)	22 542 (73 pst)

Anbefalinger ved henvendelser om akutte og kroniske eksponeringer hos mennesker

Anbefalt behandling	1997	1998	1999	2000
Ingen behandling nødvendig/ behandling hjemme	10 981 (69 pst.)	11 457 (71 pst.)	13 650 (69 pst.)	14 662 (66 pst)
Behandling lege	1 852 (12 pst.)	2 151 (13 pst.)	2 900 (15 pst.)	3 201 (15 pst)
Behandling sykehus	1 541 (10 pst.)	1 635 (10 pst.)	2 250 (11 pst.)	2 710 (12 pst)

Råd og veiledning fra Giftinformasjonssentralen bidrar til større trygghet og riktigere behandling av forgiftninger. Dessuten vil rådene fra GIS redusere antall behandlinger av forgiftningsuhell hos lege og i sykehus og således bidra til reduserte kostnader for helsevesenet.

Annen informasjon fra Giftinformasjonssentralen

Som et ledd i sin informasjonstjeneste overfor helsevesenet gir Giftinformasjonssentralen ut antidotliste (liste over motgifter), behandlingsdokumenter for en rekke sentrale forgiftninger, nyhets-

brev og deltar i utdannings- og foredragsvirksomhet.

For å øke kunnskapen om giftige stoffer og forhindre forgiftningsuhell hos allmennheten, utarbeider GIS informasjonsmateriell (brosjyrer, plakater) som distribueres gjennom apotek, helsestasjoner, skoler, barnehager og frivillige organisasjoner. Deler av dette materialet og andre opplysninger er lagt ut på egen hjemmeside på Internett. En begrenset foredragsvirksomhet rettet mot allmennheten finner også sted.

Antall årsverk var 14 pr. 1. mars 2000 og 20 pr. 1. mars 2001 i følge det sentrale tjenestemannsregisteret.

Kap. 3704 Giftinformasjonssentralen (jf. kap. 704)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
17	Refusjon lærlinger	42		
	Sum kap 3704	42		

Kap. 0705 Kursvirksomhet og stipendier

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
60	Rekruttering m.m. av helsepersonell	29 798	35 100	34 800
61	Utdanningstiltak, turnustjeneste m.v.	46 250	48 400	110 300
62	Bedriftsinterne videreutdanninger	29 130	33 000	
71	Tilskudd til kurs og stipendier til personell innen helsevesenet m.m.	12 881	13 000	12 400
73	Bedriftsinterne videreutdanninger			20 300
Sum kap 0705		118 059	129 500	177 800

Kvalifisert personell utgjør den viktigste ressurs i helse- og omsorgstjenesten. Tilgang på kvalifisert personell er en forutsetning for å kunne iverksette reformer og opptrappingsplaner innen helse- og sosialtjenesten. Det vises til omtale og beskrivelse i innledningen om personellforhold.

De største utfordringene innen den kommunale primærhelsetjenesten er knyttet til stabilitet i stillinger, ledighet i sykepleier- og hjelpepleierstillinger, stor andel deltidsansatte og usikkerhet om framtidig tilgang av spesielt hjelpepleiere/omsorgsarbeidere som følge av lave ungdomskull og sviktende interesse hos ungdommen. Tiltak som bidrar til stabilitet vil bli prioritert. Sentralt her er statlige tilskudd til kvalifiseringstiltak – opplæring av ufaglærte samt etter- og videreutdanning av personell.

Det er en stor utfordring for arbeidsgiverne å sikre større stabilitet i sykepleierstillinger, samt å dekke behov for sykepleiere og hjelpepleiere både i kommunehelsetjenesten og sykehusene. Et økende omfang av utskrivning av pasienter fra sykehus til behandling i kommunene på et tidligere tidspunkt stiller kommuner overfor ekstra utfordringer på pleiesiden. Innsatsen for å øke den samlede tilgang på sykepleiere videreføres. En god fastlegeordning med tilfredsstillende geografisk fordeling er en viktig forutsetning for en velfungerende primærhelsetjeneste. Det er viktig å rette større oppmerksomhet mot de særskilte faglige og organisatoriske utfordringer som allmennlegetjenesten i distriktene byr på. Rekruttering av leger fra utlandet foreslås avsluttet i løpet av 2002 som følge av en bedring i tilgangen på leger med utdanning fra Norge og av norsk ungdom som studerer i utlandet. I tillegg er det aktuelt å vurdere omfanget av gebyrstipendordningen for medisinske studenter i utlandet. Det er fortsatt

behov for tiltak som sikrer en geografisk fordeling av leger til allmennlegetjenesten.

Tilskudd til tilleggsutdanning for tannleger fra land utenfor EØS foreslås videreført. Angående tilskudd til spesialistutdanning av tannleger, se omtale under kap. 701.21.

Post 60 Rekruttering m.m. av helsepersonell

Formålet med bevilgningen er å bedre rekrutteringen til helsetjenesten og å øke stabiliteten i helsepersonellstillinger, spesielt sykepleiere, leger og tannleger. I bevilgningen inngår tiltak for å bedre allmennlegedekningen spesielt i de nordligste fylker og tiltak for rekruttering av helsepersonell fra utlandet. Posten dekker også direkte utgifter knyttet til forvaltningen av midlene.

I 2001 ble bevilgningen fordelt på følgende tiltak:

- tilskudd til stabiliseringstiltak og rekruttering av helsepersonell
- stabiliserings- og rekrutteringstiltak i primærlegetjenesten
- tilskudd til psykiatrisk forskningssenter i Troms og Finnmark

Tiltakene i 2000 er i hovedsak videreført i 2001.

I 2000 ble det formidlet 88 leger, 23 tannleger og 267 sykepleiere gjennom Aetats helserekrutteringsprosjekt. Det er de samme personellgruppene som rekrutteres i 2001. Sykepleiere og legespesialister rekrutteres også fra land utenfor EØS. Det ble gitt økte midler til Universitetet i Oslo for å bidra til at flere utenlandske leger gjennomgår tilleggsutdanning med sikte på norsk autorisasjon. Departementet har i tillegg gitt støtte til Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Trondheim som i samarbeid med Uni-

versitetet i Tromsø utvikler en ny og mer fleksibel tilleggstudanning for norske studenter som studerer medisin på kjøpte plasser og med gebyrstipend i utlandet. Høgskolen i Oslo mottok i 2001 midler til suppleringskurs for sykepleiere fra land utenfor EØS (post 61).

Det gis videre tilskudd til rekruttering av lege- og tannlegevikarer i kommuner/distrikter med spesielle problemer, samt diverse tilskudd til faglig utvikling og forskning innen allmennmedisin i de tre nordligste fylker.

Stortinget peker i Innst. S. nr. 300 (2000-2001) om akuttmedisinsk beredskap på at det også er nødvendig med stimuleringstiltak for å beholde og rekruttere sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Det vises til omtale av sykepleiersituasjonen og aktuelle rekrutterings-/stimuleringstiltak under pkt. 4 i innledningen.

For å bedre rekruttering og sikre bedre stabilitet i primærlegetjenesten ble veiledningen av turnuskandidater ytterligere utvidet i 2001 til 14 fylker. Tilskudd til etter- og videreutdanning av allmennleger innen spesialistutdanning i allmennmedisin og samfunnsmedisin foreslås videreført.

Det samme gjelder tilskuddet til interkommunalt legevaktsamarbeid der 57 kommuner i 9 fylker i 2001 mottok støtte. Det er forventet at interkommunalt samarbeid med organisering av legevakt i større distrikt gir høyere kvalitet og mer effektiv legevaktstjeneste, bl.a. gjennom bedre utnyttelse av legekapasiteten og redusert vaktbelastning, betjente vaktentraler og samordning av legevaktstjenesten med andre akuttfunksjoner.

De foreløpige erfaringene kan tyde på at enkelte kommuner har økte utgifter til legevakt i forbindelse med etablering av interkommunalt samarbeid, mens statens utgifter reduseres. Finansiering av legevaktstjenesten inneholder imidlertid mange elementer og det er behov for erfaringstall og nærmere gjennomgang før eventuelle endringer i finansieringssystemet kan gjennomføres.

Stortinget har i innstillingen om akuttmedisinsk beredskap (Innst. S. nr. 300 (2000-2001)) bedt regjeringen gjennomgå de økonomiske konsekvensene av etablering av interkommunalt legevakt ut fra en målsetting om at kommunene får dekket sine merkostnader og kan nyttiggjøre seg eventuelle økonomiske rasjonaliseringsgevinster ved slik etablering. Departementet vil i løpet av høsten 2001 igangsette et arbeid. De økonomiske konsekvensene for trygden, kommunene, ambulansetjenesten og sykehus skal da vurderes med sikte på behov for nødvendige justeringer i dagens finansieringssystem.

For å følge og støtte utviklingen innen legevaktsfeltet og imøtekomme behovet for koordinering og faglig kvalitetssikring av tjenesten, foreslår departementet at det gis støtte til forprosjektering av et nasjonalt senter for legevaktmedisin i Bergen.

Et annet viktig tiltak er å rette større oppmerksomhet mot de særskilte faglige og organisatoriske utfordringer som legetjenesten i distriktene byr på. Leger som arbeider i distrikter med få innbyggere har ofte mye legevaktarbeid og begrenset tilgang til medisinsk faglige nettverk. Med lang avstand til sykehus stilles det i tillegg store krav til gode akuttmedisinske og pre- og posthospitale kunnskaper og ferdigheter.

For å bidra til bedre rekruttering og økt stabilitet har Sosial- og helsedepartementet i samarbeid med Det medisinske fakultet ved Universitetet i Tromsø fra 1999 iverksatt tiltak for å utvikle faglige nettverk mellom allmennleger i distriktskommuner og universitetet samt stimulere til faglig utvikling. Dette gjøres ved blant annet å trekke inn erfarne allmennleger i undervisningen av medisinske studenter og veiledning av turnusleger samt å gi støtte til forsknings- og utredningsprosjekter.

Departementet legger til grunn at fastlegereformen, som gir bedre forutsigbarhet om fremtidige vilkår for allmennlegetjenesten, den sterke økningen i antall studieplasser for medisinerstudenter og en strammere regulering av legehjemler, vil bidra til bedre stabilitet i legetjenesten for landet sett under ett. Imidlertid er det usikkert om legedekningen utenfor større befolkningssentra vil bli tilstrekkelig.

For å møte disse utfordringene ønsker Sosial- og helsedepartementet de nærmeste årene å støtte et utviklingsarbeide som skal rette oppmerksomheten mot ulike distriktsmedisinske utfordringer, i den hensikt å stabilisere og styrke allmennlegetjenesten i distriktene. Det tas sikte på en opptrapping av denne støtten innenfor den samlede ramme av stimuleringstiltak. Det planlegges avholdt en større konferanse i 1. halvår 2002 som vil belyse utviklingsmuligheter og utfordringer innen distriktsmedisin.

Helsetilsynet har gjennomført en undersøkelse om erfaringene ved norske sykehus med å ansette utenlandske leger. Den synliggjør at utenlandske leger er en lite ensartet gruppe. På linje med norske leger er det individuelle forskjeller i faglige ferdigheter og evne til å tilpasse seg en arbeidsenhet. I kommentarene fra enkelte sykehus påpekes viktigheten av gode rutiner ved ansettelse, og at dette gjelder både ved ansettelse

av utenlandske og norske leger. Enkelte kommuner har opplevd språkproblemer og dette kan gjelde både overfor pasienter og medarbeidere. Flere sykehus påpeker at uten utenlandske leger hadde det vært vanskelig å opprettholde normal drift. Selv om statlige tilskudd til rekruttering av leger fra utlandet foreslås opphørt i 2002, vil det fortsatt være utenlandske leger som søker norsk autorisasjon og arbeid i Norge. Departementet vil vurdere aktuelle tiltak i forbindelse med utenlandsk helsepersonells tilpasning i norsk helsetjeneste.

Tilskudd til psykiatrisk forskningssenter i Troms og Finnmark blir brukt til støtte av diverse pågående forskningsprosjekter. Bevilgningen på 1,5 mill. kroner foreslås videreført i 2002, men er flyttet til kap. 732, post 70.

Forslag 2002

I 2002 foreslås bevilgningen fordelt på følgende tiltak:

Stimuleringstiltak i primærlegetjenesten videreføres. Rekruttering av sykepleiere og tannleger fra utlandet videreføres, samt tilskudd til kurs/tilleggsutdanning som kreves for at norsk autorisasjon kan gis for hhv leger, tannleger, sykepleiere og event. andre grupper. Rekrutteringen av leger fra utlandet opphører i løpet av 2002. Departementet vil gi støtte til prosjekter der arbeidsgivere vil prøve ut nye typer tiltak for mer fleksibel bruk av personell. Tilskudd vil bli gitt etter søknad.

I Stortingets behandling av Stortingsmelding nr. 17 (2000-2001), ble Regjeringen bedt om å iverksette tiltak for en gjennomgang av saksbehandlingstempoet i godkjenningsordningene for dem med utdanning fra utlandet (jf. Innst. S. nr. 197 2000-2001). Departementet vil videreføre tilskudd til utdanningsinstitusjoner som bistår autorisasjonsmyndighetene i å vurdere søkerens kvalifikasjoner og som arrangerer tilleggskurs slik at tiden fra søknad foreligger til autorisasjon er gitt blir så effektiv som mulig. Departementet vil også foreta en gjennomgang av godkjenningsordningene for utenlandsk personell med sikte på forenkling og eventuelle endringer i regelverk. Videre har departementet innledet samarbeid med Kommunal- og regionaldepartementet med sikte på å vurdere tiltak for å utvikle gode rutiner for å kartlegge kompetanse hos personer som kommer til Norge.

Departementet vil i løpet av høsten 2001 forbedre evaluering av de ulike stimuleringstiltakene innenfor primærlegetjenesten. Det vil i denne sammenheng spesielt være viktig å rette fokus

mot de områder av landet som har spesielle problemer med å rekruttere fastleger.

Post 61 Utdanningstiltak, turnustjeneste m.v.

Formålet med bevilgningen er å bedre tilgangen på kvalifisert personell til helsetjenesten. Posten dekker også direkte utgifter knyttet til forvaltningen av midlene. Det er særlig innenfor fire felt det er viktig å arbeide. Tiltakene vil i hovedsak bli videreført i 2002. Disse feltene er:

- turnustjeneste for helsepersonell
- videreutdanninger for høgskoleutdannet personell
- etter- og videreutdanninger for personell med helse-/sosialfag fra videregående opplæring
- desentralisert sykepleierutdanning

Det gis tilskudd til sykehus og godkjente opptreningsinstitusjoner pr. turnuskandidat for kandidater som er utdannet i Norge og i utlandet. I 2000 ble det gitt tilskudd for 771 turnusårsverk. En rapport om turnustjenesten for leger med bl.a. forslag til endringer i organisering, administrering og regulering av turnustjenesten har vært på høring. I rapporten vurderes bl.a. obligatorisk turnustjeneste i psykiatri og forslag til tiltak som skal gi større grad av forutsigbarhet for turnusstedenes mottak av turnusleger og økonomi, samt tilpasning av tjenesten til den planlagte fastlegeordningen. Departementet har oppsummert hørings svarene til rapporten. Et flertall av høringsinstansene stiller seg positive til forslag i rapporten om å opprettholde sentral fordeling, opprette turnusblokker (turnusplass i sykehus og kommune samlet), opprette system for forutsigbarhet for sykehus og kommuner i tildeling av turnusleger (vil innebære at enkelte turnusleger må vente inntil et halvt år på start av turnustjeneste) og innføre garantiordning som skal sikre økonomisk kompensasjon for turnussted som ikke mottar/mister turnuslege. Forslag om at turnustilskuddet bør reflektere reelle merkostnader får tilslutning. Høringsinstansene støtter forslag i rapporten om ikke å forlenge turnustjenesten for leger nå, og at obligatorisk psykiatritjeneste bør utredes nærmere. Evaluering av 3-delt tjeneste i sykehus støttes også. Mange av høringsinstansene har gitt uttalelse vedrørende kvaliteten i turnustjenesten. Departementet vil fastsette ny forskrift som skal omfatte nødvendig regulering av turnustjenesten. Det tas sikte på at endringen vil få konsekvenser for turnusleger som skal i turnustjeneste fra sommeren 2002.

I 2001 er det gitt til sammen 19,4 mill kroner til

etter- og videreutdanninger for helse- og sosialpersonell. Av dette ble det overført 17,4 mill. til kommuner/fylkeskommuner til fordeling etter søknad til fylkesmannen. Tiltaket foreslås videreført i 2002. Ved fylkesmennenes disponering av midlene foreslås tilskudd til oppdateringskurs for hjelpepleiere og sykepleiere prioritert av kommunene. Det vises også til omtalen av personell og kvalifiseringstiltak i innledningen der det foreslås at midlene slås sammen med midler fra andre kapitler til en tildeling som kan benyttes etter kommunenes behov og som egne utviklingstiltak overfor sektoren i det enkelte fylke. Rapporteringen foreslås forenklet ved at fylkesmenn/fylkesleger gir en samlet oppsummering av bruken av midlene til departementet.

Rekrutteringen til hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningene har gått ned de senere år. Departementet ønsker derfor en gjennomgang av utdanningene med målsetting om å utvikle et faglig sett styrket utdanningsløp som bidrar til økt rekruttering til utdanningene og til økt kvalitet på tjenestene. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og Sosial- og helsedepartementet vil i samarbeid med berørte parter følge opp dette. Det vil bli vurdert å avvikle ordningen med separate hjelpepleier- og omsorgsarbeiderfag.

Utvikling av læreplaner for videreutdanninger for personell med videregående opplæring fortsatte i 2001. Målgruppen er hjelpepleiere og andre med helse- og sosialfag fra videregående opplæring. I alt 15 fylkeskommuner står for utprøving av læreplaner innen ulike fagområder og ulik varighet. Utprøvingen vil avsluttes i 2001 og departementet vil i løpet av året samle og systematisere erfaringer fra prøveperioden. I hovedsak vil slike utdanninger bli organisert som oppdragsundervisning ved videregående skoler. Det tas sikte på å gi en formell godkjenning av slike utdanninger.

Midlene til desentralisert sykepleierutdanning ble i 2001 som i 2000 overført til Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, som fordelte beløpet til høyskoler som tilbyr desentralisert sykepleierutdanning, fortrinnsvis på deltid. Utdanningen skal legges spesielt til rette for erfarne hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Bevilgningen ble i 2000 fordelt på 390 heltidsekvivalenter (antall studenter omregnet til heltidsstudenter på helårsbasis). Tiltaket foreslås videreført og styrket i 2002.

Ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 65 (2000-2001) Om endringer i statsbudsjettet for 2001 som følge av fastlegereformen ble det vedtatt å innføre en ny tilskuddsordning fra 1. juli 2001 for kommuner som tar imot turnusleger. Fastlege-

ordningen innebærer at kommunenes utgifter til allmennlegetjenesten knyttes opp mot antall innbyggere på fastlegenes lister, ikke som tidligere til antall leger. Det bør derfor ikke representere en betydelig merutgift for kommunene å motta turnuslege. Turnustilskuddet ble fastsatt til 100 000 kroner per turnuslege (et halvt års turnustjeneste). Tilskuddet utbetales etterskuddsvis og vil derfor først komme til utbetaling fra 2002. Bevilgningen for 2002 foreslås økt med 60 mill. kroner i denne forbindelse.

Det foreslås bevilget 110,3 mill. kroner for 2002.

Post 71 Tilskudd til kurs og stipendier til personell innen helsevesenet

Formålet med bevilgningen er å øke kompetansen til personell innen helsevesenet.

Midlene i 2001 går i hovedsak til Nordiska Hälsvårdhögskolan i tråd med nordisk avtale. Resten forvaltes av Statens helsetilsyn til å øke helsepersonells kompetanse innenfor ulike prioriterte fagområder.

I 1992 ble det innført en prøveordning med nedskrivning av studielån for leger i utvalgte kommuner i Troms, Nordland, Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal. De siste årene har det vært liten eller ingen interesse for denne ordningen. Ordningen foreslås nedlagt.

Post 73 Bedriftsinterne videreutdanninger (før post 62)

Stortinget vedtok i 1998 å overføre de tidligere bedriftsinterne videreutdanningene for sykepleiere til høyskolesystemet som oppdragsundervisning. I samband med budsjettbehandlingen for 2001 ba Stortinget om en vurdering av erfaringene med denne overføringen. I Budsjett-innst. S. nr. 11 (2000-2001) fra Sosialkomiteen heter det bl.a.:

«Fra fylkeskommuner hvor ordningen med etterutdanning via høyskolesystemet er etablert, er komiteen kjent med at det til dels er store variasjoner med hensyn til varigheten av denne etterutdannelsen, og den varierer mellom 60–74 uker. Komiteen vil presisere at intensjonen ved å overføre etterutdannelsen til høyskolesystemet var å sikre god kvalitet, nasjonal standard og utdanningskapasitet, uavhengig av de enkelte fylkeskommuners økonomi.»

Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og Sosial- og helsedepartementet har, så langt det er mulig på så kort tid etter at overføringen har funnet sted, vurdert om den overføringsmo-

dellen Stortinget vedtok virker etter intensjonene. For å sikre nasjonal standard og faglig nivåheving ble det i 1999 utarbeidet detaljerte og forpliktende nasjonale rammeplaner. Rammeplanene fastsetter bl.a. at utdanningene med unntak for kreftomsorg skal ha en varighet på halvannet år, som svarer til om lag 60 uker. Det vurderes ikke som betenkelig eller i strid med regelverket at utdanningene enkelte steder strekker seg over flere uker enn dette. Erfaringene så langt viser videre at opptakskapasiteten ikke har gått ned.

Om intensjonene ved overføringen er oppnådd, avhenger også av om kvaliteten på utdanningstilbudene er blitt bedre. Det er for tidlig å vurdere om det nå utdannes dyktigere spesialsykepleiere. Etter departementets vurdering vil det samlet sett ikke være hensiktsmessig å foreslå endringer på dette tidspunkt.

Til nå har alle unntatt to fylkeskommuner (Sør-Trøndelag og Akershus) inngått kontrakter med høyskoler om videreutdanninger innen anesthesi, intensiv og operasjonsykepleie. Høgskolene overtar det faglige og administrative ansvaret for utdanningene, som går over 1 1/2 år. Elevene får studentstatus med de rettigheter og plikter det medfører, og utdanningene gis vekt i gradsammenheng.

Sosial- og helsedepartementet har bevilget 24 mill kroner i 1999 og 23,2 mill kroner i 2000 for å bidra til å opprettholde en opptakskapasitet på 690. Til sammen vil 3220 personer uteksamineres frem til 2004.

Videreutdanningene er effektive virkemidler for å stabilisere sykepleiersituasjonen i sykehuse, og har medvirket til en økning i årsverksinnsatsen av spesialsykepleiere i fylkeskommunene på over 33 pst. fra 1997 til 2000.

Kompetansehevingstiltak

Fra 2001 er den delen av bevilgningen under posten som er knyttet til Handlingsplan for helse- og sosialpersonell omdisponert til tiltak i departementets regi, blant annet innen kompetanseheving for sykepleiere.

Det er i 2001 tildelt totalt 8,4 mill. kroner til kompetansehevingsprogrammer innen nyfødtsykepleie i alle helseregioner.

Det foreslås å avsette 10 mill. kroner til videreføring av disse tiltakene i 2002.

Høsten 2001 legges det også opp til oppfølging av Innst. nr. 300 (2000-2001) om akuttmedisinsk beredskap. Dette er tiltak innen opplæring av ambulansepersonell (500 000 kroner), opplæring og utplassering av hjertestartere (2 mill. kroner),

og tiltak for bedring av responstid i ambulansetjenesten (500 000 kroner).

Utdanning av sykepleiere i bruk av ultralyd

Tiltak innen kompetanseheving for sykepleiere i bruk av ultralyd ved NTNU er i 2001 tildelt 1 mill. kroner.

Det foreslås bevilget 1 mill. kroner til opplæring av sykepleiere innen ultralyd til Kompetansesenter for ultralyd ved RiT. Midlene foreslås tildelt via regionssykehustilskuddet. 1 mill. kroner foreslås derfor overført til kap.730, post 72 Tilskudd til regionsykehus.

Utdanning av stråleterapeuter

Det har vært en målsetting å øke utdanningskapasiteten for stråleterapeuter for å møte den økte etterspørselen som følger av kreftplanen. En utredning fra Norgesnettetrådet foreslo i 1999 en alternativ modell for stråleterapiutdanningen i forhold til forslaget i kreftplanen. I utredningen, som fikk bred støtte gjennom høringsrunden, ble det foreslått å beholde den felles grunnutdanningen for radiografer og stråleterapeuter, men at videreutdanningen i stråleterapi modulbaseres og føres inn i høyskolesystemet som oppdragsundervisning. Det vises til nærmere omtale under kap.739, post 75 Kreftbehandling m.m.

Videreutdanningen i stråleterapi ble fra 2001 overført fra fylkeskommunen til høyskolesystemet som oppdragsundervisning. Målsettingen med dette er å gjøre tilleggsutdannelsen mer attraktiv.

Utdanningskapasiteten for stråleterapeuter er økt fra 10 plasser i 1996 til 39 plasser i 2000. I 2000/2001 ble det totalt utdannet 33 studenter. Av disse har 23 studenter hatt tilknytning til Det Norske Radiumhospitalet og 10 til Haukeland sykehus. Utfordringen har til nå vært mangel på søkere, og i mindre grad opptakskapasiteten. Foreløpig har situasjonen vært avhjulpet ved at man har tillatt andre yrkesgrupper enn radiografer å ta videreutdanning i stråleterapi.

I 2001/2002 vil det også bli lagt opp til opptak av 39 studenter på landsbasis. Det vil fortsatt gis mulighet for at andre grupper enn radiografer kan søke utdanningen, gitt at kravene til forkunnskaper er oppfylt.

12,8 mill. kroner foreslås overført til kap.739, post 75 Kreftbehandling m.m., fra 2002 fordi det vil være hensiktsmessig at utdanningen av stråleterapeuter i større grad ses i sammenheng med utdanning av radiografer og øvrig helsepersonell

innenfor kreftbehandlingsområdet, som i dag gis bevilgning over 739, post 65 (ny post 75).

Kap. 0706 Sosial- og helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter			204 900
70	Tilskudd til frivillighetssentraler			54 450
71	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid, <i>kan overføres</i>			59 950
	Sum kap 0706			319 300

Formål og hovedprioriteringer

Innledning

Sosial- og helsedirektoratet skal etableres i 2002. Sosial- og helsedirektoratet skal være et forvaltnings- og kompetanseorgan direkte underlagt Sosial- og helsedepartementet, og bidra til å gjennomføre og iverksette nasjonal politikk i helse- og sosialsektoren. Videre vil rådgivning mot sentrale myndigheter, kommunene, helseforetakene, frivillige organisasjoner og befolkningen være viktige oppgaver, samt funksjoner knyttet opp mot kvalitetsutvikling og prioritering i helse- og sosialtjenesten.

Følgende etater vil inngå i Sosial- og helsedirektoratet: Statens tobakksskaderåd, Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, Rusmiddeldirektoratet, Giftinformasjonssentralen, Etat for rådssekretariater mv, sekretariatet for Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling og sekretariatet for Bioteknologinemnda. Det planlagte sekretariatet for Nasjonalt råd for prioritering i helsetjenesten vil også bli lagt til Sosial- og helsedirektoratet. I tillegg vil det bli overført oppgaver og personell fra Statens institutt for folkehelse, Statens helseundersøkelser, Statens helse-tilsyn og Sosial- og helsedepartementet.

Et mål for reorganiseringen til et Sosial- og helsedirektorat er at forvaltningen skal stå bedre rustet til å nå de sosial- og helsepolitiske målene og møte fremtidige faglige utfordringer. Flere av etatene som tidligere har sortert under departementet orienterer seg mot de samme målgruppene, opererer med de samme virkemidlene og på felles arenaer som kommuner, skoler, arbeids-

liv oa. Ressurser og innsats samordnes i det nye direktoratet. Dette vil legge bedre til rette for resultater innenfor sosial- og helsepolitiske satsinger.

Det pågår en omfattende prosess med funksjons- og oppgavefordeling mellom Sosial- og helsedepartementet, Sosial- og helsedirektoratet, Nasjonalt Folkehelseinstitutt og Statens helsetilsyn.

Hovedoppgaver

Sosial- og helsedirektoratets kjerneoppgaver er knyttet til iverksetting av sosial- og helsepolitikken. Sentrale virkemidler vil være nasjonale handlingsplaner, opplysningsvirksomhet, forvaltning av regelverk og tilskuddsforvaltning.

Direktoratet skal være aktiv mot kommunene og ha oppgaver rettet mot pleie- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Direktoratet vil også ha sentrale oppgaver innen psykisk helsearbeid og rehabilitering. Andre oppgaver er forebyggende og helsefremmende arbeid (tobakk, rus, ernæring, fysisk aktivitet, uønskede svangerskap og abort, skader /ulykker, forgiftning, belastningslidelser, miljørettet helsevern m.m.), samt oppgaver på personellområdet.

Direktoratet vil ha en viktig servicefunksjon overfor regionalt nivå, kommunene og andre lokale aktører, og bidra med rådgivning om effektive tiltak og iverksetting av disse.

Direktoratet skal ha en rådgivningsfunksjon overfor departementet i forhold til politikkutforming. Direktoratet vil ha et selvstendig ansvar for å følge utviklingen på fagområdene. Det vil ha

ansvar for kompetanseutvikling og dokumentasjon på sine fagområder. Direktoratet vil også trekke på kompetanse fra Nasjonalt folkehelseinstitutt (kap. 0707), Statens institutt for rusmiddel-forskning (SIRUS) (kap. 0612), og fra kompetansemiljøer utenfor forvaltningen.

Direktoratet skal ha koordineringsfunksjon for samarbeid og kommunikasjon med frivillig sektor. Det er viktig at det skapes arenaer for samhandling med regionalt nivå, kommunesektoren og frivillige organisasjoner.

Direktoratet skal også delta i internasjonalt arbeid på de ulike fagområdene i samarbeid med departementet.

Direktoratet vil få overført ansvaret for og ressurser til gjennomføringen av handlingsplaner, herunder tilskuddsforvaltning og rådgivningsopp-gaver.

Sosial- og helsedirektoratet skal ivareta sekretariatsfunksjoner for en rekke fagråd, utvalg, nemnder og styrever. Dette gjelder Statens tobakks-skaderåd, Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling, Statens eldreråd, Statens råd for funksjonshemmede, Fordelingsnemnda for tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner, Frivillighetens samarbeidsorgan (FRISAM), Bioteknologinemnda, Rådgivningsgruppe som skal følge praktiseringen av sosialtjenestelovens kap 6A og Nasjonalt råd for prioriteringer i helsetjenesten. I tillegg inngår Trenings- og rådgivningssenteret på Sunnaas (TRS), Tannhelsekompetansesenteret for sjeldne funksjonshemninger (TAKO) og DELTA-senteret i direktoratet.

Direktoratet har også til oppgave å koordinere landsdekkende tiltak for grupper med sjeldne funksjonshemninger (se kap 676 postene 01 og 70).

Institutt for blødere er i dag organisert som en stiftelse. Det er fra instituttets side og Bløderforeningen foreslått at virksomheten blir en del av Sosial- og helsedirektoratet, og dette vil bli gjennomført i 2002 (se kap 676 postene 70).

Det vil i løpet av 2002 bli foretatt en gjennomgang av organiseringen av tilbud til funksjonshemmede. De kliniske tilbudene vil bli vurdert i forhold til organisering i spesialisthelsetjenesten.

Det vises for øvrig til omtaler i kap. 0604 Etat for rådssekretariater mv, kap. 0610 Rusmiddeldirektoratet, kap. 0700 Statens helsetilsyn, kap. 0702 Nemnd for bioteknologi, kap. 0704 Giftinformasjonssentralen, kap. 0710 Statens institutt for folkehelse, kap. 0712 Statens helseundersøkelser,

kap. 0713 Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, kap. 0714 Statens tobakkskaderåd og kap. 0733 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling.

Satsingsområder og mål for 2002

Sosial- og helsedirektoratet skal være etablert og operative i 2002. Sosial- og helsedirektoratet skal i 2002 prioritere arbeidet med målstruktur og vurdere strategier og hovedprioriteringer for det nye Sosial- og helsedirektoratet. Det vil bli redegjort for status i arbeidet i revidert nasjonalbudsjett våren 2002.

Merknader til budsjettforslaget

De budsjettmidler som i 2001 har ligget hos de etatene som nå blir en del av Sosial- og helsedirektoratet er i sin helhet foreslått lagt inn på direktoratets kapittel. Sosial- og helsedepartementet vil komme tilbake til Stortinget med ytterligere budsjettmessige implikasjoner av omorganiseringen av sentral sosial- og helseforvaltning i revidert nasjonalbudsjett 2002.

Post 01 Driftsutgifter

Følgende kapitler og poster er sin helhet lagt inn i kap 706 post 01:

- Kap 604 Etat for rådssekretariater post 01
- Kap 610 Rusmiddeldirektoratet post 01
- Kap 702 Nemnd for bioteknologi, sekretariat post 01
- Kap 704 Giftinformasjonssentralen post 01
- Kap 713 Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet post 01
- Kap 714 Statens tobakkskaderåd post 01
- Kap 733 Nasjonalt råd for spesialutdanning av leger post 01

I tillegg foreslås posten styrket med 1 mill. kroner fra kap. 674 post 21 til etterutdanningstilbud for tannhelsepersonell, 3,5 mill. kroner fra kap. 674 post 21 til tilbud for grupper av sjeldne funksjonshemninger, 5,2 mill. kroner fra kap. 676 post 01 til drift av TAKO-senteret, 9,8 mill. kroner fra kap. 2600 post 21 til drift av DELTA-senteret, hvorav 7,1 mill. kroner er en videreføring av endring gjort i St. prp. nr. 84 (2000 – 2001), jf. Innst. S. nr. 325 (2000 – 2001). Kap 704 post 01 har blitt styrket med 2 mill kr til vaktjenesten knyttet til giftinformasjon og innleggelse av data.

Post 70 Tilskudd til frivillighetssentraler

FRISAM administrerer tilskuddsordningen. Som følge av omorganiseringen av den sentrale sosial- og helseforvaltningen vil Etat for rådssekretaria-ter og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v., hvor FRISAM inngår, bli overført til et nytt Sosial- og helsedirektorat. Bevilgningen under kap. 604 post 70 foreslås overført til nytt kap. 706 ny post 70.

1. Formål og oppgaver.

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

2. Resultatrapportering og tilstandsvurdering

I 2000 ble det gitt midler til oppstart av 5 nye frivillighetssentraler. Målet var oppretting av frivillighetssentraler var 241 ved utgangen av 2000. Ved utgangen av 2000 var 235 sentraler i drift. Fire sentraler ble lagt ned i løpet av 2000. I 2001 er det gitt støtte til 15 nye frivillighetssentraler. To sentraler vil bli lagt ned i 2001. Alle søknader som etter styrets vurdering fylte kravene for tilskudd ble innvilget.

Det foretas en løpende registrering av ulike tiltak, antall frivillige timer, antall brukere m.v.

Oversikt over antall frivillighetssentraler og antall frivillige omregnet i årsverk

År	Antall sentraler med statsstøtte	Frivillig innsats omregnet i hele årsverk
1994	86	219
1995	115	243
1996	149	255
1997	175	357
1998	215	350
1999	231	385
2000	235	423
2001	248	434 ¹⁾

¹⁾ anslag

3. Satsingsområder og mål

Det foreslås at bevilgningen videreføres på om lag samme nivå som i 2001. Driftstilskudd for 2002 pr. sentral videreføres på samme nivå som 2001 med 215.000 kroner. Inntil 3,5 mill. kroner av den delen av tilskuddsordningen som ikke går til driftstilskudd til sentralene, kan benyttes til informasjon, kompetanseutvikling, rådgivning, evaluering m.v. knyttet primært til frivillighetssentralene.

Post 71 Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid, kan overføres

Posten omfatter tilskuddsordninger til frivillig rusmiddelforebyggende arbeid. Som følge av omorganiseringen av den sentrale sosial- og helseforvaltningen vil Rusmiddeldirektoratet, som tidligere har administrert tilskuddsordningene, innlemmes i et nytt Sosial- og helsedirektorat. Bevilgningen under kap. 610, post 70 foreslås overført til nytt kap. 706, ny post 71.

1. Formål og oppgaver.

Formålet med bevilgningen er å fremme rusfri livsstil og rusfrie miljøer. Posten omfatter drifts- og prosjekttilskudd til rusmiddelpolitiske organisasjoner og forebyggende tiltak i regi av andre organisasjoner mv., herunder tiltak i arbeidslivet i regi av Arbeidslivets komite mot alkoholisme og narkomani (AKAN) og Alkokutts innsats for alko-

holfrie soner knyttet til idrett, trafikk, arbeidsliv, graviditet og oppvekst. Formålet med tilskuddene er å bidra med midler til å vedlikeholde og utvikle organisasjonsarbeidet, undervisnings- og opplysningsarbeid, rusfrie miljøtiltak og annet holdningsskapende arbeid. Posten omfatter også drifts- og prosjekttilskudd til organisasjonene og medlemsbedriftene i Norsk senter for rusfri miljøutvikling (NSRM). Driftstilskuddene gir organisasjonene mulighet for aktiv rådgivning, personalopplæring og markedsføringstiltak overfor medlemsbedriftene, mens prosjekttilskuddene skal bidra til å utvikle og styrke rusfrie miljøtilbud, spesielt for ungdom, i regi av medlemsbedriftene. Investeringsstilskudd til alkoholfrie overnattings- og serveringssteder og allaktivitetshus for ungdom, som har som formål å fremme etablering av rusfrie fritidsmiljøer, inngår også i posten.

2. Resultatrapportering og tilstandsvurdering.

Det vises til kap. 610 for resultatrapport 2000.

De frivillige organisasjonene representerer en viktig ressurs i informasjons-, holdnings- og miljø-

arbeidet på rusmiddelområdet. Det er i økende grad vist interesse for å engasjere organisasjoner og grupper som ikke har arbeid med å forebygge rusmiddelbruk som hovedmål. Frivillig sektor bidrar til et bredt engasjement og variert innsats på feltet, og er med på å danne en motvekt til alle typer kommersiell og ikke-kommersiell virksomhet som i sin natur kan virke forbruksstimulerende. Etterspørselen etter midler til formålet er stort, noe som viser et betydelig engasjement i frivillig sektor på dette området.

3. Satsingsområder og mål

Sosial- og helsedirektoratet skal fordele og følge opp tilskudd til frivillig rusmiddelforebyggende arbeid i samsvar med overordnede mål og prioriteringer. Direktoratet skal være en idébank, koordinator og initiativtaker til kontakt- og nettverksvirksomhet mellom forskjellige private og offentlige aktører innenfor forebyggingsfeltet.

Det foreslås at bevilgningen videreføres på samme nivå som i 2001.

Kap. 3706 Sosial og helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
02	Salgs- og leieinntekter			1 400
04	Gebyrinntekter			7 900
	Sum kap 3706			9 300

Post 02 Salgs- og leieinntekter

Inntekter i forbindelse med utleie av ledige lokaler i Thv. Meyersgt.

Post 04 Gebyrinntekter

Gebyrinntektene dekker utgiftene til administrasjon av bevillingsordningen for tilvirkning og engrossalg av alkoholholdig drikk, og omfatter både søknads- og bevillingsgebyrer.

Kap. 0707 Nasjonalt folkehelseinstitutt

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter			254 200
21	Formidlingsvirksomhet			116 900
45	Større utstysanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>			6 200
Sum kap 0707				377 300

Formål og hovedprioriteringer*Innledning*

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal etableres i 2002. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal bidra til å utvikle kunnskapsgrunnlaget for helseforvaltningen. Etatens kjerneoppgaver vil være å:

- Utvikle kunnskapsgrunnlaget på folkehelseområdet gjennom helseregistre og befolkningsundersøkelser, herunder innsamling, registrering, kvalitetssikring og forskning på data og biologisk materiale
- Drive forskning, overvåkning, beredskap og rådgivning innen smittevern og miljømedisin

Det pågår en omfattende prosess med funksjons- og oppgavefordeling mellom Sosial- og helsedepartementet, Sosial- og helsedirektoratet, Nasjonalt Folkehelseinstitutt og Statens helsetilsyn.

Hovedoppgaver

Etableringen av Nasjonalt folkehelseinstitutt innebærer at funksjoner ved Statens institutt for folkehelse innen smittevern, miljømedisin og epidemiologi, samt Medisinsk fødselsregister slås sammen med funksjoner ved Statens helseundersøkelser knyttet til befolkningsundersøkelser, Tuberkuloseregisteret og kreftscreening. Den nye etaten tillegges også det ansvar som Statens helsetilsyn har hatt for abortstatistikken, Dødsårsaksregisteret og Systemet for vaksinasjonskontroll (SYSVAK). I løpet av 2002 skal det vurderes å overføre selve driften av abortstatistikken og Dødsårsaksregisteret til Nasjonalt folkehelseinstitutt fra SSB.

Samlingen av helse- og sykdomsregistre innebærer at Nasjonalt folkehelseinstitutt tillegges databehandlingsansvaret for fem sentrale hel-

seregistre (Dødsårsaksregisteret, Medisinsk fødselsregister, Tuberkuloseregisteret, Meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS) og SYSVAK), og for større helseundersøkelser under CONOR-paraplyen (Cohort of Norway). Staten skal både drive fagutvikling og forskning på dataene som samles inn, og legge til rette for økt tilgjengelighet og utnyttelse av data fra helseregistrene og befolkningsundersøkelsene, både i forskningssammenheng og som beslutningsgrunnlag for forvaltningen. Staten skal ha et mer generelt ansvar for helseovervåkning, og være et kompetanseorgan på folkehelseområdet for ulike forvaltningsorgan, deriblant departementet, Sosial- og helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og de regionale helseforetakene.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal ha det overordnede nasjonale ansvaret for forskning, overvåkning, beredskap og rådgivning innen smittevern (virologi, bakteriologi og immunologi) og miljørettet helsevern/miljømedisin. Smittevernsområdet styrkes gjennom at registrene SYSVAK, MSIS og Tuberkuloseregisteret samles i samme etat.

Oppgaver innen utvikling, produksjon, innkjøp og distribusjon av vaksiner vil bli videreført gjennom nasjonalt folkehelseinstitutt.

Etaten skal også delta i internasjonalt arbeid på de ulike fagområdene, i samarbeid med Sosial- og helsedepartementet og direktoratet.

Det vises for øvrig til omtaler i kap 700 Statens helsetilsyn, kap. 710 Statens institutt for folkehelse og 712 Statens helseundersøkelser.

Satsingsområder og mål for 2002

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal være etablert og operative i 2002. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal i 2002 prioritere arbeidet med målstruktur og vurdere strategier og hovedprioriteringer. Det vil bli

redegjort for status i arbeidet i revidert nasjonalbudsjett våren 2002.

Merknader til budsjettforslaget

De budsjettmidler som i 2001 har ligget hos de statene som nå blir en del av Nasjonalt folkehelseinstitutt er i sin helhet lagt inn på direktoratets kapittel. Sosial- og helsedepartementet vil komme tilbake til Stortinget med ytterligere budsjettmessige implikasjoner av omorganiseringen av sentral sosial- og helseforvaltning i revidert nasjonalbudsjett 2002

Post 01 Driftsutgifter

Følgende kapitler og poster er i sin helhet lagt inn i kap 707 post 01:

Kap 710 Statens institutt for folkehelse post 01

Kap 712 Statens helseundersøkelser post 01

I tillegg foreslås det overført 2 mill. kroner fra kap. 739 Andre utgifter post 66 Mammografiscreening for å utføre oppgaver i forbindelse med

mammografiscreeningsprogrammet i fylkene, 150.000 kroner fra kap. 719 post 70 for å dekke merkostnader ved kjøp av tuberkulin og 1,1 mill. kroner fra kap.1112 post 50 Veterinærinstituttet i Landbruksdepartementet til virksomheten norsk zoonosesenter.

Post 21 Formidlingsvirksomhet

For 2001 fordeles bevilgningen hovedsakelig til testing, forsyning og formidling av vaksiner. Under formidlingsvirksomheten tilbys Barnevaksinasjonsprogrammet alle barn i Norge. Enkelte andre vaksiner tilbys gratis til spesielle målgrupper. I tillegg foreligger det offisielle anbefalinger om vaksinasjon, men der vaksinen må bekostes av den som skal vaksineres. Dette gjelder bl.a. influensavaksine for eldre. Også når det gjelder disse vaksinene er det Folkehelseinstituttet som står for innkjøp og salg.

I tillegg fordeles bevilgningen til hoveddelen av Den norske mor og barn undersøkelsen. Mor og barn undersøkelsen er en studie av årsaker til sykdom hos mor og barn.

Kap. 3707 Nasjonalt folkehelseinstitutt

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
02	Salgs- og leieinntekter			72 300
	Sum kap 3707			72 300

Post 02 Salgs- og leieinntekter

Posten omfatter bl.a. salg av medisinske produkter, vaksiner, salg av dyr og dyreprodukter samt godtgjørelse for undersøkelser og andre oppdrag.

Programkategori 10.10 Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
0710	Statens institutt for folkehelse (jf. kap. 3710)	400 590	317 600		-100,0
0711	Statens rettstoksikologiske institutt (jf. kap. 3711)	85 028	51 860	55 200	6,4
0712	Statens helseundersøkelser (jf. kap. 3712)	53 002	47 620		-100,0
0713	Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (jf. kap. 3713)	39 122	36 500		-100,0
0714	Statens tobakksskaderåd (jf. kap. 3714)	44 238	42 400		-100,0
0715	Statens strålevern (jf. kap. 3715)	107 104	80 550	80 500	-0,1
0716	Kreftregisteret (jf. kap. 3716)	41 308	32 600	33 800	3,7
0718	Rehabilitering	114 878	11 400	18 350	61,0
0719	Helsefremmende og forebyggende arbeid	120 150	118 250	123 900	4,8
Sum kategori 10.10		1 005 420	738 780	311 750	-57,8

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post- gr.	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
01-23	Statens egne driftsutgifter	799 276	643 630	184 350	-71,4
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	17 151	12 850	8 100	-37,0
50-59	Overføringer til andre stats- regnskap	24 200	25 900	29 600	14,3

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert budsjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	110 491			
70-89	Andre overføringer	54 302	56 400	89 700	59,0
	Sum kategori 10.10	1 005 420	738 780	311 750	-57,8

Programkategori 10.10 omhandler hhv. kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering. For en nærmere omtale vises det til de enkelte budsjettkapitler under programkategorien.

1. Overordnet formål med programkategorien

Kommunenes helsetjeneste skal fremme folkehelse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og skal ta initiativ til helsefremmende og forebyggende tiltak for å oppnå dette. Befolkningen i kommunen skal gis et dekkende, faglig forsvarlig og effektivt tilbud med utgangspunkt i lokale behov. Kommunehelsetjenestens oppgave er også å sikre trygghet for at alle får hjelp til diagnostisering og så langt som mulig behandling av sykdom og rehabilitering. De kommunale tjenestene er ledd i en behandlingsskjede sammen med tjenester på andre nivåer og i andre sektorer. Helsetjenestens grunnmur skal være en godt utbygd primærhelsetjeneste. En stadig mer spesialisert og oppstykket helsetjeneste stiller store krav til kommunehelsetjenesten for å gi innbyggerne et godt og samordnet helsetjenestetilbud. En viktig utfordring for kommunene er å identifisere behov for rehabilitering og planlegge og gjennomføre nødvendige tiltak. Spesialisthelsetjenesten har også ansvaret for å yte rehabiliteringstjeneste, herunder veiledning til kommunene. Sosial- og helsedepartementet arbeider med en nasjonal strategi for å styrke rehabiliteringsfeltet.

Regjeringen legger på nyåret 2002 fram Nasjonal handlingsplan for folkehelsearbeid med overordnede mål og strategier for det neste tiåret. Folkehelsearbeidet omfatter både å fremme helse og forebygge sykdom og må derfor ta utgangspunkt i utviklingstrender i sykdomspanorama, risikofaktorer, generelle levekår og samfunnsutvikling. Handlingsplanen bygger på prinsipper og retningslinjer for Regjeringens program for fornyelse av offentlig sektor og har bl.a. som utgangspunkt at når kommunesektoren har ansvaret for en oppgave, skal den også ha ansvaret for hvor-

dan den løses. Dette gjelder planlegging, kompetanse, intern organisering, delegering m.v.

Det er mange gode grunner til å styrke folkehelsearbeidet i tiåret som kommer. Først og fremst må arbeid med å fremme folkehelsen bli et grunnleggende hensyn å ta i lokal, regional og nasjonal politikkutforming og programmer, og det bør tillegges sterk vekt i Norges internasjonale arbeid. Folkehelsearbeid har stor betydning både samfunnsøkonomisk og helsepolitisk og er en viktig del av velferdspolitikken.

Det er behov for å målrette folkehelsearbeidet mer mot de gruppene som har dårligst helse, og tiltak som kan bidra til sosial utjevning i helse er her viktig. Andre viktige tiltaksområder vil omfatte ernæring, fysisk aktivitet og tobakksbruk. Det er meget bekymringsfullt at en av tre personer fortsatt er dagligrøykere, og at gjennomsnittsvekten, særlig hos menn, har økt de senere årene. Det vil spesielt bli rettet oppmerksomhet mot mulighetene som ligger i mer aktivt å fremme helse og forebygge sykdom i arbeidslivet. Viktige dimensjoner i folkehelsearbeidet er vektlegging av etnisitet, kjønn, faser i livsløpet og ivaretagelse av menneskerettighetene.

2. Nærmere om oppgavefordeling

Det er en utfordring å få den statlige satsingen på forebyggingsområdet de senere årene videreformidlet og gjennomført som lokale tiltak i kommunene. Forebyggingsrådgiverne ved alle landets fylkeslegekontorer spiller en viktig rolle i denne sammenheng. Forebyggingslovgivningen med kommunehelsetjenesteloven, smittevernloven, tobakksskadeloven, atomenergiloven og strålevernloven ligger til grunn for forvaltning av helsefremmende og forebyggende arbeid.

Sosial- og helsedepartementet har videre ansvar for næringsmiddeloven og lov om samordnet næringsmiddelkontroll. Disse gjelder bl.a. hygiene ved produksjon og frambud av næringsmidler, drikkevannskvalitet, merking av mat, bestemmelser om innhold av tilsetningsstoffer

m.m. Statens næringsmiddeltilsyn forvalter den samlede lovgivning om næringsmidler og kosmetikk. Landbruksdepartementet har det samlede budsjett- og administrative ansvar for Statens næringsmiddeltilsyn. Det vises her til St.prp. nr. 1 Landbruksdepartementet.

Regjeringen har i lengre tid vurdert endringer i ansvarsforholdene og organisering av mattilsynet. Det er nå iverksatt en omfattende gjennomgang av både lovverk og tilsyn med sikte på forenkling, effektivisering og klarere ansvarsforhold. De fem viktigste «matlovene» på slutten av verdikjeden vil bli omgjort til én lov der den nye matforordningen til EU også vil bli innpasset. Et utkast til ny matlov vil bli utarbeidet av Sosial- og helsedepartementet i samarbeid med Fiskeridepartementet og Landbruksdepartementet. En tar sikte på å sende et lovfremlegg på høring høsten 2002. Sosial- og helsedepartementet vil ha ansvaret for den nye loven.

Sosial- og helsedepartementet vil også ha det overordnede ansvaret for en vitenskapskomité som skal gi uavhengige, faglige vurderinger og råd om spørsmål langs hele matkjeden. Landbruksdepartementet og Fiskeridepartementet vil ha ansvaret for tilsyn med hhv. landbasert og marin matproduksjon. Spørsmålet om forvaltning av sykdommer hos akvatiske dyr vil bli nærmere vurdert, likeså grenseflatene mot miljørettet helsevern. Det siste tar Sosial- og helsedepartementet ansvaret for. Landbruksdepartementet vil i samarbeid med Sosial- og helsedepartementet og Fiskeridepartementet samordne tilsynsarbeidet med landbasert matproduksjon i ett, statlig tilsyn. Dette er en omfattende omorganisering og modernisering som en tar sikte på å gjennomføre.

Forskrift om habilitering og rehabilitering med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven trådte i kraft 1. juli 2001. I forskriften framgår hva som er kommunehelsetjenestens og spesialisthelsetjenestens ansvar for rehabilitering og habilitering. Det vises til nærmere omtale under kap. 718 Rehabilitering.

3. Finansiering

De statlige midlene til finansiering av utgiftene til kommunenes helse- og sosialtjeneste blir i all hovedsak gitt gjennom rammetilskuddet, jf. kap. 571, post 60 under Kommunal- og regionaldepartementet. Finansiering av oppgaver innenfor kommunehelsetjenesten er omtalt flere steder i budsjettforslaget. Bevilgninger til eldreomsorgen blir omtalt under kategori 09.70. Eldre og funksjonshemmede og kommunale helsetjenester for per-

soner med psykiske lidelser omtales under kategori 10.40 Psykisk helsevern. Folketrygdens bidrag til finansiering av allmennlegetjenesten og fysioterapitjenesten omtales under kategori 30.50.

I tillegg til bevilgningene til institusjonene på nivå 2, er det over denne programkategorien tilskuddsmidler over kap. 719 til å følge opp innsatsområdene innenfor helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid.

Det vises til St.prp. nr. 1 Folketrygden, kap. 2711 for en nærmere omtale av finansieringsordning for opptreningsinstitusjonene og omtale av Beitostølen m.fl. Det er foreslått tilskuddsmidler til å følge opp tiltak innenfor rehabiliteringsområdet, jf. kap. 718.21.

4. Personelloversikt

Det har i de senere årene vært en aktivitetsøkning i kommunehelsetjenesten målt i antall utførte årsverk. Både for fysioterapeuter, jordmødre og helsesøstre har det vært vekst i årsverk og dekningsgrad fra 1999 til 2000. Til sammenlikning har legeårsverkene holdt seg tilnærmet konstant.

I kommunehelsetjenesten utenom eldreomsorgen var det samlet utført 3532 årsverk av leger i 2000. Dette er tilnærmet det samme som i 1999. De siste årene har vist en utvikling i retning av flere avtalehjemler for privat praksis og færre fastlønnsstillinger. Fra 1999 til 2000 økte imidlertid antall årsverk av leger med fast lønn. Dette har trolig sammenheng med endringer i markedet for leger som følge av fastlegeordningen.

I 2000 utførte leger arbeid tilsvarende 229 årsverk i institusjoner for eldre og funksjonshemmede. Dette utgjør om lag 6 prosent av legene sin totale arbeidsinnsats i kommunehelsetjenesten. Antall utførte årsverk av fysioterapeuter var 3620 i 2000, en vekst på 200 årsverk sammenliknet med 1999. Dersom årsverk i eldreomsorgen tas med, er det 130 flere fysioterapiårsverk i 2000 enn i 1999.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Antall utførte årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten økte fra 2874 i 1999 til 2901 i 2000. Årsverkene fordelte seg slik i 2000:

Leger	231 årsverk
Fysioterapeuter	254 årsverk
Helsesøstre, jordmødre og annet personell	2416 årsverk

I 1999 startet opptrappingsplan for psykisk helse som også omfatter styrking av helsestasjon- og skolehelsetjenesten.

Helsestasjon for ungdom har vært en satsing i handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort. En kartlegging i kommunene fra 1991 viste at bare 12 kommuner den gangen hadde etablert slik tjeneste, i 1999 hadde 184 kommuner etablert slik virksomhet.

5. Virkemidler – tiltak

Det vises til omtale av satsingsforslag under de enkelte kapitler/poster. Nedenfor omtales kort tiltak som ikke naturlig hører inn under enkeltkapitler.

Fastlegereformen ble innført 1. juni 2001. Formålet med fastlegeordningen er å bidra til å sikre befolkningen en god og tilgjengelig allmennlegetjeneste og bedre kvaliteten på allmennlegetjenesten ved at innbyggerne gis tilbud om å være tilknyttet en fast lege eller legepraksis. Det vises til nærmere omtale av fastlegeordningen under kap. 701, post 21 og St. prp. nr. 1 Folketrygden kap. 2600.

Utfordringen i kommunehelsetjenesten er også å utvide tjenestetilbudet i tråd med befolkningens behov. Utbygging av eldreomsorgen og opptrappingsplanen for psykisk helse er nødvendige tiltak for å bedre innbyggernes tilgjengelighet til helsetjenester i nærheten av der de bor.

Kap. 0710 Statens institutt for folkehelse (jf. kap. 3710)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert budsjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter	271 250	199 100	
21	Formidlingsvirksomhet	122 127	113 500	
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, kan overføres	7 213	5 000	
	Sum kap 0710	400 590	317 600	

Overført fra 2000 til 2001

Post 01: 2.574.000 kroner

Post 45: 341.000 kroner

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 435 pr. 1. mars 2000 og 438 pr. 1. mars 2001.

Som ledd i fornyelsen av den sentrale sosial- og helseforvaltningen er det vedtatt at Statens institutt for folkehelse fra 2002 i hovedsak skal inngå i et nytt Nasjonalt folkehelseinstitutt. For en nærmere omtale av Nasjonalt folkehelseinstitutt vises det til nytt kap. 707 Nasjonalt folkehelseinstitutt. I tillegg vil det bli overført oppgaver og personell til det nye Sosial- og helsedirektoratet, jf. kap. 706 Sosial- og helsedirektoratet. Under kap. 710 presenteres Folkehelsas resultatrapport for 2000.

Resultatrapport 2000

Hovedmål 1 Forebygge og bekjempe sykdommer som skyldes mikroorganismer

Instituttet har iverksatt tiltak på fem av de åtte innsatsområdene i Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens 2000-2004, herunder bl.a. deltaking i europeisk system for resistensovervåking, bidrag til Norsk overvåkingssystem for resistens hos mikrober og utgivelse av nyhetsbrev om resistens til helsetjenesten.

Arbeidet med næringsmiddelbårne infeksjoner er styrket i forbindelse med globaliseringen av matvaremarkedet. Det er lagt vekt på å styrke overvåkingen og innsatsen for å identifisere smitekilder. Norsk zoonosesenter – et samarbeid mellom Folkehelsa og Veterinærinstituttet – samler, analyserer og presenterer zoonoserapporten som grunnlag for forebygging av smittespredning av zoonoser gjennom fôr, mat, dyr og dyreprodukter.

Oppbyggingen av referanselaboratoriet for mykobakteriediagnostikk pågår.

Folkehelsa har produsert vaksine mot meningokokksykdom gruppe B, og starter kliniske utprøvinger som grunnlag for søknad om markedsføringstillatelse. Det er utviklet meningokokkvaksine tilpasset forholdene på New Zealand og det forhandles om leveranse i samarbeid med legemiddelprodusenten Chiron Vaccines.

Som et resultat av Norges forpliktelse overfor WHO til å bidra til at Europa skal erklæres poliofri, har Folkehelsa intensivert overvåking av poliovirus i et samarbeid med landets sykehus.

Smitteforebyggende informasjon til befolkningen og helsearbeidere er gjort tilgjengelig på Internett.

Hovedmål 2 Forebygge sykdommer og helseskader som skyldes kjemiske og fysiske miljøfaktorer

Det er gjennomført en studie av innemiljøet i 24 barnehager i Oslo.

Meldesystem for alvorlige allergiske reaksjoner på mat er etablert. I løpet av de 6 månedene registeret var i drift, ble det mottatt 42 meldinger. Tilbud om analyse av allergener i støv fra innemiljø ble iverksatt fra begynnelsen av året.

Det er utviklet og avholdt etterutdanningskurs om tobakksforebygging i primærhelsetjenesten, og et nytt system for nikotinmåling i restauranter og serveringssteder i forbindelse med krav om røykfriluft.

Personskaderegisteret er videreutviklet og omorganisert. Folkehelsa har ivaretatt sekretariatsfunksjonen for «Trygge lokalsamfunn».

Program for vannforsyning er blitt videreført. Det er under utbedring vannforsyning til ca. 96 000 personer. Folkehelsa har gitt faglig bistand innen miljørettet helsevern, herunder Handlingsplanen for miljø og helse.

Folkehelsa har ved forvaltningen av Genteknologilovens bestemmelser om innesluttet bruk av genmodifiserte organismer i løpet av 2000 behandlet en melding om innesluttet bruk, syv forenklede søknader, ni laboratoriesøknader og åtte meldinger om undervisning. Det er utført inspeksjon og tilsyn. Instituttet har bistått departementet med utredning og rådgivning innen godkjenningsspliktig virksomhet, EU-direktiver, lov- og forskriftsarbeid og andre aktuelle saker innen genteknologifeltet.

Hovedmål 3 Hjelpe samfunnet å treffe beslutninger om forebygging og behandling

Nasjonalt helseindikatorsystem (Norgeselsa) har vært operativt fra år 2000, og gir en samlet oversikt over de viktigste helsedataene i samfunnet via Internett. I tilknytning til dette er det utredet og anbefalt metoder for overvåking av sosial ulikhet i helse over tid. Det er utarbeidet rapport om helse og levekår hos spesielt utsatte grupper.

Hovedprogrammet for Den norske mor og barn undersøkelsen har hatt en gradvis oppstart i påvente av tilstrekkelig finansiering. Forskningen innen genetisk epidemiologi er styrket bl.a. gjennom oppbygging av biobank og laboratorieaktiviteter knyttet opp mot undersøkelsen.

Kap. 3710 Statens institutt for folkehelse (jf. kap. 710)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
02	Salgs- og leieinntekter	155 497	67 609	
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	229		
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	2 009		
17	Refusjon læringer	15		
18	Refusjon sykepenger	2 851		
	Sum kap 3710	160 601	67 609	

Kap. 0711 Statens rettstoksikologiske institutt (jf. kap. 3711)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter	78 498	45 860	47 100
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	6 530	6 000	8 100
	Sum kap 0711	85 028	51 860	55 200

1. Formål og hovedprioriteringer

Formålet for Statens rettstoksikologiske institutt (SRI) er færre rusmiddel- og medikamentskader og knyttet til dette er instituttets to hovedmål

- å avgi rettssikre besvarelser på spørsmål om skadelig bruk av rusmidler og medikamenter hos enkeltindivider og
- å øke kunnskapen i samfunnet om virkningene av rusmidler og medikamenter.

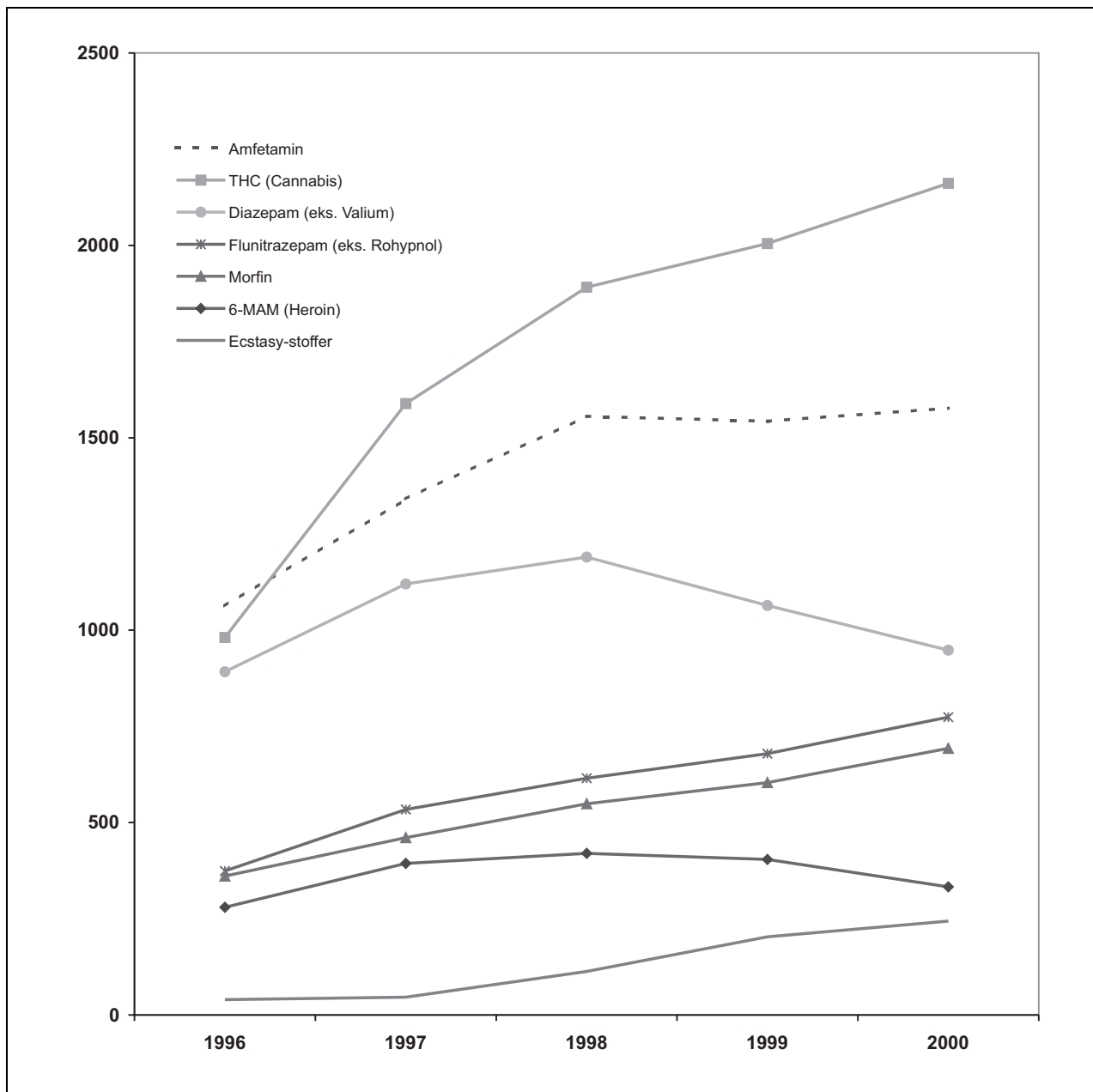
SRI ble opprettet som nasjonalt analyselaboratorium i 1969 for å ha et ansvar for bevissikring, analyse og fortolkning av rusmidler, medikamenter og gifter i prøver fra personer hvor analysesvaret kan få strafferettslige eller tilsvarende konsekvenser. Både analyse- og fortolkningsvirksomheten er akkreditert gjennom Norsk Akkreditering. Instituttet er nasjonalt kontrollaboratorium for ca. 40 andre laboratorier som utfører rusmiddelanalyser i landet. Biomedisinsk rusmiddelforskning og informasjon om rusmiddelvirkninger har etter hvert også blitt en viktig del av instituttets virksomhet.

SRI mottar prøver fra politiet, rettsvesenet, kriminalomsorgen, yrkeslivet og sosialomsorgen. Resultatet fra disse prøvene gjør det mulig å følge utviklingen mht bruk av rusmidler og andre frem-

medstoffer. Over tid vil dette bidra til å gi viktige opplysninger om visse sider av rusmiddelsituasjonen i landet. Analyseresultatene og den biomedisinske forskningen vedrørende rusmidlenes virkninger, gir instituttet et unikt utgangspunkt for å formidle kunnskap om rusmidlenes omsetning i kroppen og deres biomedisinske virkninger. Denne kunnskap formidles til ulike undervisningsinstitusjoner, til rekvirentene og andre.

2. Resultatrapport 2000

Fra og med 2000 ble finansieringen av en del analyseoppdrag for politiet flyttet fra Justisdepartementet til de enkelte politidistrikt. Antall saker med spørsmål om påvirkning og bruk av rusmidler og medikamenter gikk etter dette ned med ca. 30% i forhold til 1999, jf. fig 14.3. Den kraftige nedgangen i antall påvirkningssaker skyldes vesentlig at politiet har gått over til i større grad å rekvirere bare alkoholanalyser. Det er en økende forekomst av de fleste rusmidler i de innsendte påvirkningssakene og det er funn av THC (Cannabis), flunitrazepam (virkestoffet i Rohypnol) og ecstasy-stoffer som viser en betydelig økning (Figur 14.4). For de øvrige stofftypene var det mindre endringer.



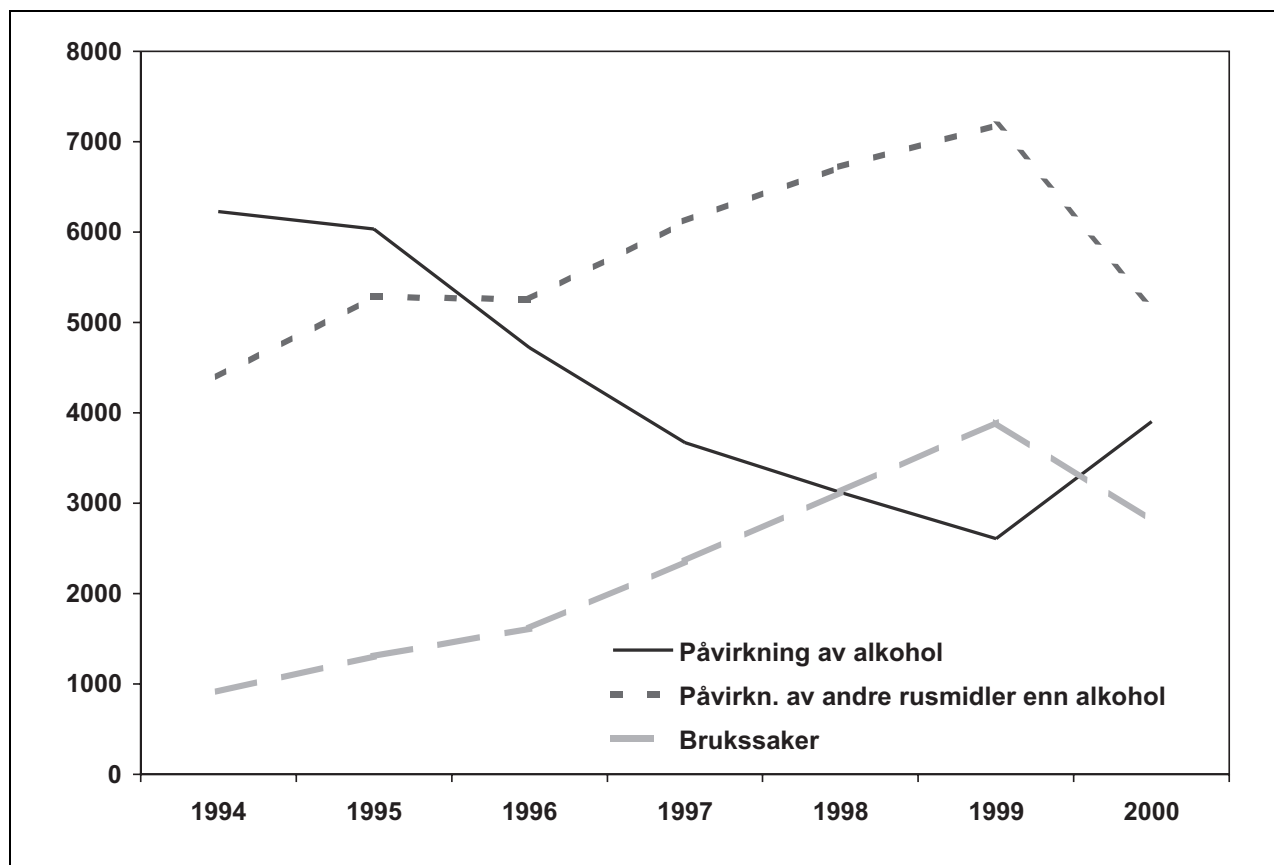
Figur 14.3 Utvikling i antall mottatte saker fra politiet, fordelt på mistanke om påvirkning av alkohol, påvirkning av andre rusmidler enn alkohol og brukssaker 1994-2000

SRI mottok i 2000 ca. 1850 obduksjonssaker, noe som er en svak økning fra året før, og andelen saker det påvises ett eller flere medikamenter eller rusmidler har øket noe.

Antall saker med spørsmål om analyse og forklaring ved rusmiddelkontrollen av innsatte i fengsler, fra forsvaret, deler av norsk yrkesliv og i sosialmedisinske saker var omtrent uforandret fra

året før. Av disse mottok SRI ca. 2000 sosialmedisinske saker der analysesvaret kan ha negative sanksjonære konsekvenser for prøvegiver.

Antall anmodninger om spesiell sakkyndig bistand fra partene i rettsvesenet økte fra året før med ca. 13 %. SRI har også nedlagt betydelige ressurser i forbindelse med sakkyndige utredninger knyttet til mistanke om aktiv dødshjelp i sykehus.



Figur 14.4 Påvirkningssaker fra politi og påtalemyndighet – utvikling i funn av hyppigst forekommende stoffer 1996-2000

Mottatte saker for analyse og fortolkning i perioden 1996-2000 og måltall for 2001 og 2002.

Resultatmål	1996	1997	1998	1999	2000	Mål 2001	Mål 2002
Påvirkning av alkohol (politisak)	4735	3673	3121	2610	3906	3100	3000
Påvirkning av andre rusmidler enn alkohol (politisak)	5235	6121	6719	7181	5182	5000	5000
Bruk av rusmidler (politisaker og saker fra forsvaret)	1621	2358	3024	3896	1961	1200	1200
Obduksjonssaker	1692	1813	1875	1750	1854	1900	1900
Kriminalomsorgssaker	21597	20462	19463	20860	20840	22000	24000
Yrkeslivssaker	3733	2744	2754	2484	2552	2100	2100
Sosialmedisinske saker	1151	1743	1596	1820	2022	1800	1800
Sakkyndige uttalelser	1250	1459	1773	1835	2080	2300	2300

Instituttets deltagelse i EU kommisjonens trafikksikkerhetsprosjekt, ROSITA (Road-Side Testing Assessment), for å utprøve nye hurtigmetoder for analyse av rusmidler ifm. politiets veikantkontroller ble avsluttet i 2000. Prosjektet ble viet

betydelig oppmerksomhet både i europeisk fagmiljø, i politiet og i media. Den foreløpige konklusjon er at slike hurtigtester må utvikles videre for å redusere andelen falske negative resultater.

SRI har etablerte en ny hjemmeside for å bedre tilgjengeligheten for rekvisientene og gi prøvegiverne bedre informasjon om hva som skjer med prøvene som sendes til SRI. Hjemmesiden vil etter hvert bli benyttet til å gi media og samfunnet generelt løpende statistisk informasjon om rusmiddelsituasjonen slik den fremstår fra instituttets synsvinkel. SRI har videre gått ut med en egen serviceerklæring hvor det gis en respons-tidsgaranti.

3. Tilstandsvurdering

Rettsikkerhet og rusmiddelanalyser

Farmakologiske og toksikologiske analyseresultater fra personprøver benyttes i stadig større utstrekning av domstolene som bevis i straffesaker og sivilsaker. Økningen i antall anmodninger om sakkyndige uttalelser (se over) viser at resultatene og bruken av dem i stigende grad blir underlagt granskning av domstoler og parter. SRIs hovedutfordring er å fremstå som en partsnøytral instans som garanterer bevissikring, analysenyaktighet og korrekt tolkning i slike saker.

Økende rusmiddelbruk i samfunnet

Illegal bruk av rusmidler og medikamenter i Norge har blitt stadig mer utbredt, jf. Sosial- og helsedepartementets rapport «Narkotikaproblemene i Norge 2000». Iht. narkotikameldingen er antallet narkotikadødsfall i Norge blant de høyeste i Europa. SRI ser det som en hovedutfordring å fremskaffe kunnskap om rusmidler/medikamenter knyttet til biomedisinske virkninger, farlige kjøring, ulykker og overdosedødsfall.

4. Satsingsområder og resultatmål for 2002

For analyse- og fortolkningsvirksomheten, vises det til målsettinger oppgitt under «Mål 2002» i tabellen foran. Det satses på å opprettholde akkreditering for minst 90% av alle analyser og fortolkninger, samt å videreutvikle akkrediteringen. Sakkyndige uttalelser kvalitetssikres mht bemerkninger fra DRK (Den rettsmedisinske kommisjon). Det vil utføres kontroll 2 ganger i året av alle norske laboratorier som utfører rusmiddelanalyser.

SRI vil videreføre metodologisk, epidemiologisk og biomedisinsk rusmiddelforskning og drive fortsatt formidling av kunnskap om rusmidlenes omsetning og deres biomedisinske virkninger gjennom undervisning og informasjonsvirksomhet overfor en rekke målgrupper.

5. Merknader til budsjettforslaget for 2002

Post 01 Driftsutgifter

Posten er styrket med 0,5 mill kr som følge av lønnsreguleringen i 2001 og 0,2 mill kr som kompensasjon for merutgifter som konsekvens av merverdiavgiftsreformen pr 1. juli 2001. Ekstrabevilgningen som ble gitt i RNB-2001, er ikke foreslått videreført i 2002. Som redegjort for i RNB, var det i 2000 en endring i politiets rekvireringspraksis ved at politiet i større grad bestilte analyser av alkoholpåvirkning i stedet for analyser av påvirkning av andre rusmidler. Dette betyr imidlertid ikke at politiet nå kun bestiller analyser av alkohol. Norge ligger i verdenstoppen når det gjelder oppdaget påvirket kjøring som følge av medikamenter og andre rusmidler enn alkohol. Dette skyldes først og fremst at norsk politi er meget oppmerksomme på slik kjøring, og at politiet og SRI har et godt samarbeid på dette feltet. Begrensning av SRIs virksomhet til de analyser politiet ber om, er foreslått for å komme bort fra en ordning hvor utenforliggende økonomiske hensyn kan spille inn i forhold til politiets rekvireringspraksis, jf omtale i St.prp.nr.84 (2000-2001)

Antall årsverk var 94,5 pr. 1. mars 2000 og 96 pr. 1. mars 2001 i følge det sentrale tjenestemannsregisteret.

Post 45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold

Bevilgningen er foreslått øket med 2 mill. kroner til fornying av instrumentparken. Behovet for å strømlinjeforme analysevirksomheten for å få kortere svartider samt bli bedre i stand til å analysere nye stoffer, krever at bevilgningen til større instrumenter økes.

Kap. 3711 Statens rettstoksikologiske institutt (jf. kap. 711)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
03	Diverse inntekter	25 171	752	800
16	Refusjon fødselspengen	976		
17	Refusjon lærlinger	205		
18	Refusjon sykepengen	590		
	Sum kap 3711	26 942	752	800

Post 03 Diverse inntekter

Inntektene gjelder sakkyndighetsuttalelser til rettsvesen og påtalemyndighet. Posten brukes

også til å føre inntekter fra analyser utført for politi samt analyser knyttet til yrkes- og sosialsaker, jf. merinntektsfullmakt.

Kap. 0712 Statens helseundersøkelser (jf. kap. 3712)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter	50 794	46 470	
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	2 208	1 150	
	Sum kap 0712	53 002	47 620	

Overført fra 2000 til 2001

Post 01: 737.000 kroner

Post 45: 2.171.000 kroner

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 79 pr. 1. mars 2000 og 82 1. mars 2001.

Som ledd i fornyelsen av den sentrale sosial- og helseforvaltningen er det vedtatt at Statens helseundersøkelser fra 2002 i hovedsak skal inngå i et nytt Nasjonalt folkehelseinstitutt. For en nærmere omtale av Nasjonalt folkehelseinstitutt vises det til nytt kap. 707 Nasjonalt folkehelseinstitutt. I tillegg vil det bli overført oppgaver og personell til det nye Sosial- og helsedirektoratet, jf. kap. 706 Sosial- og helsedirektoratet. Under kap. 712 presenteres resultatrapport for Statens helseundersøkelser for 2000.

Resultatrapport 2000

Helseundersøkelser: Redusere risiko for og oppdage sykdom i tidlig stadium

Det er gjennomført helseundersøkelser i Oslo (HUBRO). 19.000 personer deltok i undersøkelsen. I HUBRO inngår oppfølgingstudiene Oslo II og intervensjonsprosjektet Romsås – Furuset (MoRo). Datainnsamlingen for de to sistnevnte undersøkelser er fullført. HUBRO avsluttes i 2001. Det lages nå kvalitetssikrede datafiler som blir anonymisert for forskningsformål. Oslo II ser på utviklingen fra 1972 til 2000 når det gjelder risikofaktorer for hjerte- kar lidelser. I MoRo skal en oppfølgingsstudie avdekke om et intervensjonsprogram i bydel Romsås vil føre til at befolkningen blir mer fysisk aktiv. Det er i MoRo i tillegg avdekket mye diabetes, spesielt hos innvandrergupper. Personer med høy risiko for å få hjertekarsykdommer og sukkersyke er henvist til oppfølging hos lege.

Fremmøtet i Oslo har vært lavere enn forventet. Årsakene til dette kan være mange. Bl.a. er den relative legedekningen i Oslo god. Det er spesielt svikt i fremmøtet hos unge voksne.

I tillegg ble undersøkelsen OPPHED (Oppland og Hedmark) igangsatt høsten 2000. Denne avsluttes i 2001. Samarbeidet med kommunenes politiske ledelse og helsepersonell har vært viktig.

Undersøkelsene er vesentlig mer omfattende enn tidligere undersøkelser, bl.a. på grunn av mange tilleggsundersøkelser. Ved årsskiftet 2000/2001 pågikk ca. 200 ulike tilleggsundersøkelser.

Det er gjennomført over 5.500 tuberkuloseundersøkelser i 2000 i risikomiljøer, blant asylsøkere og blant rusmisbrukere. En foreløpig oversikt viser 253 (4,59%) tuberkuloserelaterte funn blant disse. Det er gjennomført om lag 11.000 skjerm-bildeundersøkelser hos personer med tilknytning til virksomheter hvor de ansatte antas å ha vært utsatt for eksponering av asbest og/ eller kvarts. 166 personer (1,49%) ble henvist til etterundersøkelse.

SHUS har sendt ut invitasjonsbrev (129.000) og svarbrev (96.000) til kvinner som deltar i mammografiscreeningprogrammet. Det ble sendt ut om lag 250.000 meldinger i forbindelse med liv-morhalskreftscreening.

Helseopplysning og helsefremmende arbeid

- SHUS har produsert og distribuert rapporter fra helseundersøkelsene av 40-åringer i Hordaland, Buskerud, Vest-Agder og Østfold. Planleggingen av en storbyhelseprofil, bl.a. på bakgrunn av den pågående helseundersøkelsen i Oslo, er startet.

- Det er gitt bidrag til SEF's arbeid med rapport om utviklingen for fysisk aktivitet. SHUS kunne her vise nedgang for fysisk aktivitet i folks arbeidssituasjon i tiden 1974 til 1997.
- SHUS har deltatt i kartleggingen av kommunenes tilbud om fysisk aktivitet til personer med mentale lidelser. Kommunene gir sjelden eller aldri tilbud om mosjon for denne gruppen, ut over de tilbud som foreligger i behandlingsapparatet.
- SHUS koordinerer den norske delen av WHO's initiativ Health Promoting Hospitals (Nettverk og Forum for helsefremmende sykehus). Fire sykehus er til nå formelt medlemmer av nettverket.
- SHUS leder en arbeidsgruppe i forbindelse med utarbeidelsen av en veileder for helsepersonell i forebygging og behandling av osteoporose. Kunnskapsgrunnlaget for anbefalingene er gjennomgått. Veilederen ferdigstilles i oktober 2001.
- Det er etablert en arbeidsgruppe for utarbeidelsen av et Nasjonalt handlingsprogram for forebygging og behandling av osteoporose og forebygging av osteoporotiske brudd. Handlingsprogrammet vil foreligge i løpet av 2001.

Helseforskning

En sammenligning av dødeligheten av brystkreft i Norge og England viser forskjellig utvikling. I Norge har dødeligheten økt med 1% hvert tredje år siden 1951. I England steg dødeligheten frem til 1987 sterkere enn i Norge, siden ble økningen avløst av en tydelig nedgang.

I andre oppfølgingsstudier finner SHUS avtagende dødelighet med økende inntak av grovbrød og ingen signifikant forskjell i koronar dødelighet mellom røykere etter inntak av tran.

Kap. 3712 Statens helseundersøkelser (jf. kap. 712)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
02	Salgs- og leieinntekter	6 460	2 631	
16	Refusjon fødselspenger	302		
18	Refusjon sykepenger	947		
	Sum kap 3712	7 709	2 631	

Kap. 0713 Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (jf. kap. 3713)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter	39 122	36 500	
	Sum kap 0713	39 122	36 500	

Overført fra 2000 til 2001

Post 01: 887.000 kroner

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemanns-registret var 17 pr. 1. mars 2000 og 18 pr. 1. mars 2001.

Som ledd i fornyelsen av den sentrale sosial- og helseforvaltningen er det vedtatt at Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet fra 2002 skal inngå i et nytt Sosial- og helsedirektorat. Under kap. 713 presenteres resultatrapport for Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet for 2000. For en nærmere omtale av Sosial- og helsedirektoratet vises det til nytt kap. 706 Sosial- og helsedirektoratet.

Resultatrapport 2000*Dokumentasjon*

I 2000 utgav SEF de første offisielle norske anbefalinger om fysisk aktivitet, samt en omfattende rapport om vekt og helse. Videre er det arbeidet med revisjon av anbefalinger for spedbarns ernæring, og nordiske næringsstoffanbefalinger. SEF utarbeider en strategi for å forebygge D-vitaminmangel i befolkningen, med spesiell vekt på tiltak rettet mot barn og innvandrere. Det er utført løpende utredningsarbeid, blant annet rapporten «Prisreduksjon på frukt og grønt som virkemiddel i ernæringspolitikken».

Det har gjennom hele året blitt arbeidet med vurdering av hvordan man bør etablere et system for overvåkning av fysisk aktivitet, fysisk form og holdninger til fysisk aktivitet.

I 2000 er det arbeidet med store kostholdsundersøkelser blant spedbarn, barn, ungdommer og innvandrere. Det er planlagt tiltak for 2001 rettet mot helsepersonell og småbarnsforeldre om spedbarns og småbarns kosthold. Det er gjennomført analyser av næringsstoffer i matvarer, og det er utviklet ny programvare til næringsberegning. For å styrke arbeidet i skolen, ble det gjennomført undersøkelser om måltider og fysisk aktivitet i skolen, samt foreldrenes holdning til frukt- og grønt-abonnement i skolen.

Tiltak

Samarbeidet med fylkene om lokale tiltak er intensivert og utvidet etter hvert som det i løpet av 2000 ble tilsatt forebyggingsrådgivere ved alle landets fylkeslegekontorer.

SEFs arbeid rettet mot skolen er utvidet fra bare å omfatte skolemåltidet og abonnementsordningen for frukt og grønnsaker, til en integrering av tiltak for økt fysisk aktivitet i tilknytning til skoleveien og skoledagen.

I forhold til arbeidslivet er det fokusert på å bedre tilbudet av frukt og grønnsaker i kantiner og som møtebevertning, og å bedre mulighetene for fysisk aktivitet i arbeidstiden og i tilknytning til reisen til og fra arbeidsplassen.

Det er gjennomført tiltak for å bedre kunnskapen blant helsepersonell om betydningen av kosthold og fysisk aktivitet i forebygging og behandling av sykdommer.

Det internasjonale arbeidet har vært konsentrert om samarbeidsavtalen om rådgivning med NORAD, institusjonssamarbeidet med helsemyndighetene i Palestina og Zimbabwe, samt deltakelse i WHO's og EUs arbeid med å utvikle en mat- og ernæringspolitikk.

SOHO ble nedlagt 31.12.2000. Koordineringen av samarbeidet om helsefremmende og forebyggende arbeid mellom frivillige organisasjoner og offentlige myndigheter videreføres gjennom Forebyggingsforum. SEF er gitt dette oppdraget. Forebyggingsforum skal samle inn og spre kunnskap om bruk av virkemidler, metoder og samarbeidsformer i helsefremmende og forebyggende arbeid og finne hensiktsmessige modeller for samhandling mellom offentlig sektor og frivillige organisasjoner. Forebyggingsforum skal utrede vilkår for et mangfoldig frivillig organisasjonsliv og skape kunnskap om hvordan frivillig engasjement og virke best kan utløses, drives og koordineres i kommuner og lokalsamfunn. Forebyggingsforum avholder plenumsmøter to ganger i året og utgir informasjonsbladet Forebyggingsforum fire ganger i året.

Kap. 3713 Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (jf. kap. 713)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
02	Salgs- og leieinntekter	3 182	67	
	Sum kap 3713	3 182	67	

Kap. 0714 Statens tobakksskaderåd (jf. kap. 3714)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter	44 238	42 400	
	Sum kap 0714	44 238	42 400	

Overført fra 2000 til 2001

Post 01: 293.000 kroner

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 15 pr. 1. mars 2000 og 19 pr. 1. mars 2001.

Som ledd i fornyelsen av den sentrale sosial- og helseforvaltningen er det vedtatt at Statens tobakksskaderåd fra 2002 skal inngå i et nytt Sosial- og helsedirektorat. Under kap. 714 presenteres resultatrapport for Statens tobakksskaderåd for 2000. For en nærmere omtale av Sosial- og helsedirektoratet vises det til nytt kap. 706 Sosial- og helsedirektoratet.

Resultatrapport 2000

Det ble høsten 1999 utarbeidet en nasjonal strategiplan for det tobakksskadeforebyggende arbeidet 1999-2003 kalt «Røykfrihet – en rettighet». Strategiplanen setter fokus på at røykfrihet er en rettighet på ulike arenaer som for eksempel på arbeidsplasser, i skolen og i hjemmet. Planen innebærer i større grad enn tidligere en «utstrakt hånd» til røykerne i form av økt tilbud til røykeavvenning. Andre sentrale elementer er utvikling av samarbeid med frivillige organisasjoner, samt kompetanseheving hos ulike aktører. Planen legger opp til en sterkere desentralisering av forebyggingsinnsatsen der kommunene og lokale organisasjoner involveres. Samtidig vektlegger planen en skjerpet innsats for oppfølging av lovverket på området. Strategiplanen er retningsgivende for det tobakksskadeforebyggende arbeidet framover.

Hovedmål 1 Tobakksfrie barn og unge

Å få gravide og småbarnsforeldre til å slutte å røyke ble høyt prioritert, bl.a. gjennom opplæring av helsepersonell og økt informasjon til gravide. Tall fra Medisinsk fødselsregister viser at i 1999 røykte 21,6% daglig ved starten av svangerskapet, og 15,2% ved slutten. Det er første gang det foreligger landsomfattende tall om røyking under svangerskapet. Andelen som ikke tillater røyking hjemme med barn tilstede har ligget stabilt på rundt 70 % de siste fem årene.

VÆR røykfRI er et 3-årig undervisningsprogram for alle elever i ungdomsskolen. Den Norske Kreftforening, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Helse & Rehabilitering er sentrale samarbeidspartnere. Skoleåret 2000/01 er 54 % av alle elevene på ungdomstrinnet påmeldt. Evalueringen av VÆR røykfRI viser et svært godt resultat ved at det i skoleklasser som følger VÆR røykfRI er 2-3 færre røykere enn i klasser som har annen tobakksforebyggende undervisning. På bakgrunn av de gode resultatene fra ungdomsskoleprogrammet, er det etablert et tilsvarende program for videregående skole, Røyksignaler. Dette undervisningsprogrammet er et samarbeidsprosjekt mellom Den Norske Kreftforening og Statens tobakksskaderåd. Skoleåret 2000/2001 deltar 184 grunnkursklasser i et evalueringsforsøk som vil vise hvordan programmet skal videreutvikles. Det arbeides for å nå barn og unge på fritiden blant annet gjennom et samarbeid med Norges Idrettsforbund og kommunene. Det er også utarbeidet en egen nettside for ungdom.

Salg av tobakk til mindreårige er fortsatt et stort problem. Det er inngått samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen for å gjennomføre et prosjekt i to prøvefylker ved at utsalgsstedene mottar spesiallaget informasjonsmateriell.

Hovedmål 2 Røykfritt inne

Evalueringen av tilsynsmyndighetenes oppfølging av forskrift om røyking på restauranter og andre serveringssteder viste at etterlevelsen av bestemmelsene og tilsynsmyndighetenes håndhevelse varierer mye. STR foreslo derfor at forskriften oppheves og at bestemmelsene i tobakksskadeloven § 6 om røykfrihet i lokaler hvor allmennheten har adgang også skal gjelde for serveringssteder.

Hovedmål 3 Tobakksfrie voksne

STR har i samarbeid med forebyggingsrådgiverne ved alle landets fylkeslegekontorer lagt vekt på opplæring på fylkesnivået og samarbeid med frivillige organisasjoner. Samarbeidet knytter seg til rådgivning og hjelp til organisering av røykeforebyggende virksomhet i kommunene.

Det var en reduksjon i antall henvendelser til Røyketelefonen i 2000 på 50 % fra 1999. Denne nedgangen skyldes at STR har brukt mindre ressurser på markedsføring av tjenesten og at antallet useriøse henvendelser og henvendelser fra ungdom er redusert ved at det ikke lenger har

vært mulig å ringe gratis til Røyketelefonen fra telefonautomater. Tjenesten er endret i 2001 slik at de som ønsker det blir fulgt opp gjennom et helt år av Røyketelefonens veiledere. Dette tilbudet er utviklet på bakgrunn av evalueringen av resultatene fra røyketelefontjenesten som forelå høsten 1999.

Det arbeides med å utvikle en database over ulike røykeavvenningstilbud i Norge

Hovedmål 4 Tobakksfritt samfunn

NOU 2000: 16 Tobakksindustriens erstatningsansvar ble overrakt helseministeren 28. juni 2000. Utredningen konkluderer med at enkeltpersoner og fylkeskommuner kan vinne fram i erstatnings-søksmål mot tobakksindustrien.

Verdens helseorganisasjon (WHO), Sosial- og helsedepartementet og STR arrangerte i februar 2000 en stor internasjonal konferanse om regulering av tobakksprodukter, «Advancing Knowledge on Regulating Tobacco Products», der det deltok rundt 60 delegater fra alle verdensdeler. Denne ekspertkonferansen var starten på arbeidet med WHO's internasjonale rammekonvensjon om tobakkskontroll. STR deltar i den norske forhandlingsdelegasjonen for dette arbeidet.

Som en del av den norske forhandlingsdelegasjonen deltar STR i arbeidet med utvikling av WHO's internasjonale rammekonvensjon om tobakkskontroll.

Kap. 3714 Statens tobakksskaderåd (jf. kap. 714)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
02	Salgs- og leieinntekter	2 280	46	
16	Refusjon av fødselspenger	323		
18	Refusjon sykepenger	177		
	Sum kap 3714	2 780	46	

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

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter	60 291	47 700	49 500
21	Oppdragsutgifter	46 425	32 850	31 000
45	Større utstysanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	388		
Sum kap 0715		107 104	80 550	80 500

1. Formål og hovedprioriteringer

Statens strålevern er landets fagmyndighet på området strålevern og atomsikkerhet. Strålevernet skal betjene alle departementer i spørsmål som angår stråling og atomsaker. Institusjonens overordnede mål er: Nyttig strålebruk, godt strålevern og atomsikkerhet.

Statens strålevern har følgende hovedmål:

Hovedmål 1: Berettiget og optimalisert strålebruk.

Hovedmål 2: Vern av arbeidstakere, befolkning og miljø mot skadelige effekter av stråling.

Hovedmål 3: Et samfunn vel forberedt på atomulykker, andre strålingsulykker og bruk av atomvåpen.

Hovedmål 4: Ny viten om strålevern og strålevirkninger.

Hovedprioriteringer er å:

- føre tilsyn med bruk av strålekilder og spaltbart materiale
- koordinere beredskap mot atomulykker og radioaktivt nedfall
- overvåke naturlig og kunstig stråling i miljø og yrkesliv
- øke kunnskap om forekomst, risiko og effekt av stråling

2. Resultatrapport 2000**Hovedmål 1 Berettiget og optimalisert strålebruk**

Ny lov om strålevern og strålebruk trådte i kraft 1. juli 2000. Grunnlaget for en fornyet forvaltning basert på anerkjente internasjonale strålevernprinsipper er dermed etablert. Samtidig ble det påbegynt arbeid med å utarbeide nye, oppdaterte forskrifter på feltet.

I 2000 var universitetenes bruk av radioaktive kilder på laboratorier et prioritert tilsynsområde.

Tilsynet har ført til bedre klargjøring av ansvarsforhold og mange utbedringer. Innen medisinsk diagnostisk strålebruk, utenom mammografi, er det foretatt 20 tilsyn. I tillegg kommer tilsyn i forbindelse med ny nukleærmedisinsk avdeling på Sykehuset Østfold, Fredrikstad samt et tilsyn ved det nye Rikshospitalet. For kvalitetssikring innen mammografiscreening ble det utført statuskontroll ved totalt 29 mammografilaboratorier. Statuskontrollene bidrar til å opprettholde en høy teknisk kvalitet ved gjennomføring av mammografiscreening. Et tilsyn er gjennomført ved Vest-Agder sentralsykehus, Senter for kreftbehandling, i forbindelse med ny driftstillatelse for stråleterapi. Tilsynet var konsentrert om skjermingsproblematikk ved behandlingsrommene og klargjøring av ansvarslinjer. I industri/offshoresektoren er det utført 21 tilsyn.

Et nytt arbeid rettet mot kvalitetssikring innen stråleterapi ble igangsatt. Arbeidet innebærer at Strålevernet skal virke som et bindeledd mellom stråleterapimiljøene i Norge og forsøke å skape holdninger, prosjekter, kommunikasjon, og samarbeid som fører til bedre kvalitet og mer kunnskap innen fagfeltet.

Hovedmål 2 Vern av arbeidstakerne, befolkning og miljø mot skadelige effekter av stråling

Det ble i 2000 utarbeidet et 2-årig opplegg for å intensivere arbeidet med kartlegging av radonkonsentrasjoner i boliger. Totalt ble 114 kommuner med i dette arbeidet. Arbeidet innbefatter også informasjonstiltak og bidrag til kompetanseoppbygging i byggebransjen og hos kommunale saksbehandlere. I samarbeid med Norges byggforskningsinstitutt og Statens bygningstekniske etat er det utarbeidet et kursopplegg for byggebransjen og saksbehandlere innen teknisk sektor i kommunene. Det er gjennomført målinger av radon i vann på prøver fra ca. 400 grunnvanns-

brønner. Sammen med tidligere målinger er det ved utgangen av året gjennomført målinger på prøver fra totalt ca. 4700 grunnvannskilder. I tillegg er det gjennomført målinger i skoler/barnehager som sammen med tidligere målinger innebærer en kartlegging av totalt ca. 5200 skoler og barnehager. Det er utarbeidet nye anbefalinger for radon på arbeidsplasser under jord og i bergrom, og det gjennomføres målinger i en rekke fjellanlegg på rutinemessig basis.

Det var også i 2000 et intensivt tilsyn av Institutt for energiteknikk sine atomanlegg i Halden og på Kjeller. Etter hvert som konsesjonsbetingelsene gjennomføres blir det foretatt inspeksjoner for å se at tiltakene er gjort i henhold til krav. Fysisk sikring og beredskap har vært spesielt i fokus. Driftsrapporter er fulgt opp med IFE i tilfeller hvor unormaliteter er rapportert. Irregulariteter i forbindelse med utslipp til Nitelva i Skedsmo og til Tista i Halden er fulgt opp. Det ble gitt pålegg om stans av utslipp fra IFE Kjeller som et resultat av lekkasjer i rørledningen. Strålevernet påla oppgraving av de forurensede sedimentene. Ny rørledning er nå på plass. Det ble i 2000 gitt en fornyet utslippstillatelse for IFE Kjeller og Halden.

Miljøovervåkning av radioaktivitet i det marine miljø omfattet deltagelse på tokt langs Norskekysten og ved Svalbard. Programmet er spesielt rettet mot langtransportert forurensning og overvåkning av forurensning fra norske kilder. Strålevernet har også utarbeidet et overvåkningsprogram for radioaktivitet i det terrestre miljø, som startes i 2001. I 2000 ble resultater fra overvåkning av småfe, geit- og kumelk i beitesesongen, samt av forekomst og aktivitetsnivåer i sopp rapportert for perioden 1986-1998.

Strålevernet har vært ansvarlig myndighet for miljøkonsekvensutredningen av planlagt deponi for lavradioaktivt avfall fra oljebransjen i Sokndal.

Det norsk-russiske miljøvernssamarbeidet har blitt videreført på området radioaktiv forurensning, og ble særlig aktuelt i forbindelse med ulykken med atomubåten Kursk.

Strålevernet har fulgt opp prosjekter på Kola, i Murmansk, St. Petersburg og Ignalina. Nye tiltak er under planlegging.

Innenfor rammene av internasjonale konvensjoner som OSPAR- og Londonkonvensjonene har Strålevernet bidratt faglig til arbeidet med å utvikle et internasjonalt rammeverk for beskyttelse av miljøet mot mulige skadelige effekter av radioaktiv stråling.

I henhold til bilaterale avtaler er det rapportert til de land Norge har avtale om varsling og utveks-

ling av informasjon med. Videre har Strålevernet besvart henvendelser fra det internasjonale atomenergibyrået IAEA vedrørende den norske oppfølgingen i forhold til ulike konvensjoner. Strålevernet deltok sammen med UD og Ambassaden i Wien på alle styremøtene og på generalkonferansen for IAEA.

Hovedmål 3 Et samfunn vel forberedt på atomulykker, andre strålingsulykker og bruk av atomvåpen

Beredskapsplan for Kriseutvalget ved atomulykker, Kriseutvalgets faglige rådgivere og sekretariat ble ferdigstilt. Det ble i løpet av året gjennomført fire varslingsøvelser for Kriseutvalget, de faglige rådgiverne og fylkesmennene. Sekretariatet har på vegne av Kriseutvalget og sammen med Direktoratet for sivilt beredskap deltatt i en internasjonal varslingsøvelse med kjernevåpenscenario.

I regi av Strålevernet har det vært gjennomført 4 kurs for ca 100 deltakere, alt vesentlig fra det regionale nivå av atomulykkesberedskapen og politiet, om atomulykkes- og informasjonsberedskap. I et samarbeidsprosjekt mellom Strålevernet og fylkesmennene er «Veileder for kompetanseutvikling av den regionale atomberedskapsorganisasjonen» utarbeidet.

Norsk institutt for luftforskning måler kontinuerlig mulig radioaktiv forurensning via luft på vegne av Strålevernet. Som ledd i Østersjøssamarbeidet er det forhandlet om en avtale som vil formalisere utveksling av måledata. Fra år 2000 er det mulig å lese av målestasjoner i Norden, Russland, Baltikum, Polen og Tyskland.

Strålevernet har arbeidet aktivt gjennom IAEA for å forbedre internasjonal beredskap og nødvendig samarbeid. Norge fremmet i den forbindelse en egen resolusjon på IAEA's generalkonferanse for å støtte og forbedre IAEA's arbeide på dette området.

Atomulykkesberedskapsorganisasjonen har håndtert flere hendelser i 2000. Havariet til den reaktordrevne ubåten Kursk var den dominerende hendelsen.

Hovedmål 4 Ny viten om strålevern og strålevirkninger

Strålevernet ble i 2000 involvert i en rekke forskningsprosjekter innen EUs 5. rammeprogram og Norges forskningsråds Program for forurensningsforskning.

I samarbeid med Statens arbeidsmiljøinstitutt er det utført studier av mulige fosterskader fra elektromagnetiske felt. For å imøtekomme et betydelig kunnskapsbehov har Strålevernet utviklet et informasjonsopplegg vedrørende virkninger av elektromagnetiske felt som også er lagt ut på Internett.

Nordiske sammenligningsmålinger for instrumenter i UV-nettverk ble gjennomført sommeren 2000. Bildekvalitet og pasientdoser ble gjennomgått ved utvalgte CT-laboratorier. Norge koordinerer resultater fra samtlige nordiske land for presentasjon på IAEA konferanse våren 2001. Strålevernet deltar i et europeisk nettverk, finansiert av EU, der optimalisering av strålevern innen industriell og vitenskapelig sektor er hovedtema.

Norge er vertskap for den europeiske fotobiologikongressen på Lillehammer i 2001 og forberedelser til dette er utført.

3. Tilstandsvurdering

Medisinsk strålebruk er i endring, med stadig økning i bruk av CT, økt satsning på intervensjonsradiologi, økt bruk av stråleterapi i kreftbehandling og etablering av landsdekkende mammografiscreening. Disse endringene vil, sammen med kravene i ny lovgivning, medføre at strålevernmyndigheten stiller strengere krav til brukerne av strålekilder. Sykehusreformen får betydning for sentrale myndigheters forvaltning og tilsyn og for den enkelte helseregions vektlegging og organisering av strålevern og internkontroll.

Tilsynet med de tre norske atomanleggene som drives av Institutt for energiteknikk representerer en økende utfordring. Da Regjeringen ga konsesjon for anleggene på i Halden og på Kjeller ut 2008, ble Strålevernet pålagt å utarbeide en grundig tilstandsrapport pr. 31.12.2002 og 31.12.2005. Arbeidet med å etablere et egnet deponi for lavradioaktivt avfall fra oljesektoren pågår i privat regi, men krever også oppfølging hos strålevernmyndigheten.

Forliset til den russiske atomdrevne undervannsbåten «Kursk» i august 2000, demonstrerte samfunnets behov for en atomulykkesberedskap. Kriseutvalget ved atomulykker, hvor Strålevernet har ansvar for ledelse og sekretariat, sørget for risikovurderinger og nødvendig miljøovervåking, og vektla informasjonsarbeidet overfor andre myndigheter, media og allmennhet. Organiseringen av Kriseutvalget sikrer samhandling mellom berørte statlige myndigheter, og involverer i tillegg Fylkesmannen som regional koordinator.

I samarbeid med landbruks- og næringsmiddelmyndighetene pågår fortsatt oppfølging av nedfallet etter Tsjernobylulykken. Kunnskap om nivåer i det marine miljø er viktig for fiskerinæringen, og nødvendig marin overvåking av radioaktiv forurensning koordineres i samarbeid mellom helse-, miljø- og fiskerimyndighetene.

Regjeringens arbeid for økt atomsikkerhet i Nordvest-Russland er evaluert og vurderes fortsatt som en viktig satsning. Utenriksdepartementet leder arbeidet og Strålevernet har ansvar for gjennomføring av prosjekter. Det legges stor vekt på forpliktende samarbeid med russiske atomsikkerhets- og miljømyndigheter. Utfordringen er hele tiden å bidra til å redusere faren for radioaktiv forurensning fra kilder i våre nærområder (kjernekraftverk, atomdrevne fartøy og anlegg for lagring eller behandling av atomavfall og kjernevåpen).

På kommunenivå pågår fortsatt en meget omfattende kartlegging av radonforekomst i boliger. Prosjektet vil resultere i kunnskap om hvor tiltak bør settes inn for å redusere dosebelastningen.

4. Satsingsområder og mål for 2002

Hovedmål 1 Berettiget og optimalisert strålebruk

Berettigelse og optimalisering innen strålevern er i stor grad en rådgivning og informasjonsoppgave. Å øke formidling av informasjon over Internett et viktig satsingsområde for Strålevernet.

Strålevernet skal videreføre arbeidet med å revidere forskriftsverket på strålevernområdet som følge av at lov om strålevern og bruk av stråling ble vedtatt i 2000.

Kvalitetssikring innen stråleterapi vil være et satsingsområde også i 2002. Dette er en sammensatt oppgave og mye av hovedmålsetningen vil være å koordinere faglige kvalitetssikringsbidrag fra de strålefysiske og onkologiske miljøene og bidra til harmonisering.

Hovedmål 2 Vern av arbeidstakere, befolkning og miljø mot skadelige effekter av stråling

Tilsynsarbeidet med IFE's anlegg har høy prioritet som grunnlag for Strålevernets tilstandsvurdering av anleggenes drift og sikkerhet. Strålevernet skal videre bidra til å redusere risikoen for ulykker ved atomanlegg i våre nærområder gjennom innsats i utforming og gjennomføring av konkrete tiltak i Regjeringens Handlingsplan for atomsikkerhet i Nordvest-Russland. Resultater kan måles

gjennom installerte sikkerhets-anordninger, gjennomførte opplæringstiltak og rettledende dokumenter. Gjennom aktiv deltagelse innen bindende internasjonale fora, spesielt IAEA, vil Strålevernet bidra til øket fokus på atomsikkerhet og beredskap.

Koordinering og styrking av miljøovervåkingen i nordlige områder vil være et prioritert satsningsområde. Overvåking på land og i havområder er under oppbygning og vil resultere i et komplett program som involverer aktuelle aktører. Samarbeid med russiske myndigheter og fagmiljøer vil bli videre styrket, blant annet i forbindelse med overvåking i området rundt vraket av atomubåten Kursk, som planlegges hevet høsten 2001.

Strålevernet skal være en aktiv deltager i det internasjonale arbeidet for å utvikle et rammeverk for beskyttelse av miljøet mot mulig skadelige effekter av radioaktivitet og stråling. Innenfor rammene av internasjonale konvensjoner som OSPAR og Londonkonvensjonen skal Strålevernet være en pådriver for dette arbeidet.

Hovedmål 3 Et samfunn vel forberedt på atomulykker, andre strålingsulykker og bruk av atomvåpen

Strålevernet vil prioritere arbeid for ytterligere å styrke Kriseutvalgets evne til å håndtere atomulykker gjennom videreutvikling av prognoseverktøy, kommunikasjonssystemer og målesystemer. Dette innebærer blant annet en oppgradering av utstyrsparken, både for Strålevernet og for Kriseutvalget med faglige rådgivere. Kriseutvalget er bedt om å legge frem et forslag til en slik oppgradering høsten 2001, slik at dette kan vurderes og tas stilling til i forhold til budsjettet for 2003.

Hovedmål 4 Ny viten om strålevern og strålevirkninger

Strålevernet legger vekt på å være faglig oppdatert både med hensyn til strålevern og strålevirk-

ninger. Dette sikres ved eget FOU arbeid, internasjonalt forskningssamarbeid og deltakelse i internasjonale organisasjoner der strålevern og strålevirkninger er fokusert. Strålevernet deltar i et stort europeisk samarbeid for å undersøke eventuell sammenheng mellom mobiltelefoni og kreft. Strålevernet skal bidra til et vitenskapelig dokumentert grunnlag for beskyttelse av miljø mot radioaktivitet og stråling. Dette oppnås gjennom forskningsprosjekter i bl.a. EUs 5. ramme-program. Forskningen vil også bidra til faglig grunnlag for videre utvikling av beredskap og forurensningshåndtering.

5. Merknader til budsjettforslaget for 2002

Det foreslås overført kr. 700 000 fra kap. 739 Andre utgifter, post 66 Mammografiscreening til kap. 715, post 01 for å utføre oppgaver i forbindelse med mammografiscreeningsprogrammet i fylkene.

I vedtak av 5. juli 2000 innførte departementet en årlig tilsynsavgift etter atomenergilooven § 57, som skal dekke tilsynsaktiviteten som Strålevernet har overfor Institutt for energiteknikk (IFE) sine atomanlegg i Halden og på Kjeller. Satsen for tilsynsavgiften i 2002 er fastsatt til 715 000 kroner.

Post 21 foreslås redusert med 2,85 mill. kroner, som tilbakeføres til Kommunal- og regionaldepartementet kap. 581, post 71. Midlene har vært brukt til et toårig opplegg for å styrke arbeidet med målrettede kartlegginger for å spore opp boliger med radonkonsentrasjon over tiltaksnivå i samarbeid med kommunene. Dette tiltaket er et ledd i arbeidet med tilskuddsordningen for radonforebyggende tiltak i boliger, jf. oppfølgingen av Nasjonal kreftplan.

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 88 pr. 1. mars 2000 og 92 pr. 1. mars 2001.

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

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
02	Salgs- og leieinntekter	4 425	1 349	1 400
03	Diverse lønnsinntekt	48 699		
05	Oppdragsinntekter		30 000	30 900
16	Refusjon fødselspenger	356		
18	Refusjon sykepenger	546		
	Sum kap 3715	54 026	31 349	32 300

Post 02 Salgs- og leieinntekter

Inntekter på post 02 er inntekter fra persondosimetrien, samt innkreving av tilsynsavgift, jf. post 01.

Kap. 0716 Kreftregisteret (jf. kap. 3716)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter	40 496	31 900	
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	812	700	
70	Tilskudd			33 800
	Sum kap 0716	41 308	32 600	33 800

Det er overført fra 2000 til 2001:

Post 01: 188.000 kroner

Post 45: 679.000 kroner

Som en oppfølging av Innst. S. nr. 325 (2000-2001) Om omprioriteringer og tilleggsbevilgninger på statsbudsjettet 2001 vil Kreftregisteret fra 2002 rapportere til, og eventuelt samlokaliseres med Det Norske Radiumhospital for å etablere et Comprehensive Cancer Center. Dette forutsetter at Kreftregisteret innlemmes i helseforetaket Det Norske Radiumhospital. Kreftregisteret vil utgjøre en egen enhet med samme navn som før, og et eget budsjettkapittel i statsbudsjettet.

1. Formål og hovedprioriteringer

Kreftregisteret, har som overordnet mål å etablere viten og spre kunnskap som bidrar til å redusere kreftsykdom.

Kreftregisteret har følgende hovedmål:

- Hovedmål 1: *Registrering*: Registrere alle tilfeller av kreft i Norge, samt forstadier til kreft.
- Hovedmål 2: *Forskning*: Etablere ny viten om kreftsykdommenes årsaker, naturlige forløp, diagnose og behandlingseffekter.
- Hovedmål 3: *Informasjon*: Skaffe samfunnet oversikt over krefttilfellene i Norge og belyse utviklingen over tid.

2. Resultatrapport for 2000

Hovedmål 1 Registrere alle tilfeller av kreft i Norge, samt forstadier til kreft

98 pst. av alle kreftdiagnoser i Norge er registrert i Kreftregisteret. Dette er i tråd med mål om registerets kompletthet. Brystkreftprøver tatt i prøvefylkene for mammografiscreening og livmorhalsprøver tatt i hele landet er 100 prosent rapportert.

Diagnosemeldinger fra patologene rapporteres umiddelbart til Kreftregisteret. Tiden fra prøve er tatt og/eller kreft er påvist til melding fra patolog er registrert i Kreftregisteret ligger på omlag 10 mnd. Når det gjelder meldinger fra klinikerne er det mer omfattende forsinkelser, grunnet meldesvikt. Forsinkelsene skyldes også IT-omlegninger i helsevesenet. Dette har medført at en foreløpig mangler komplette data for krefttilfeller diagnostisert i 1998 og 1999.

Masseundersøkelsene mot bryst- og livmorhalskreft har et godt oppmøte, spesielt sett i et internasjonalt perspektiv. Dette er oppnådd gjennom personlige invitasjonsbrev til kvinnene og informasjon gjennom lokale medier. Et annet virkemiddel har vært informasjon til relevante leger gjennom brev og møter.

Arbeidet med rapportering til Rikstrykdeverket om nye krefttilfeller som kan være forårsaket av pasientens yrke eller arbeidsplass med tanke på erstatning går etter planen, og rapport om arbeidet ble ferdigstilt i 2000.

Med bakgrunn i rapporten fra Forprosjekt for registrering av første tilbakefall og videre forløp av kreftsykdommene er det etablert referansegruppe og prosjektleidelse for spesialregistre med utvidet registrering av prostata-, eggstokk- og lungekreft. Tilsvarende vurderes også for brystkreft, lymfekreft og blodkreft. Hensikten er som første land i verden å få komplette, befolkningsbaserte data over sykdomsprogresjon og behandlingsintensjon. Tilsvarende registrering av tykk- og endetarmskreft videreføres.

Nordisk barnekreftregister for solide svulster (NOPHO) har registrert samtlige slike svulster hos barn under 15 år anonymt siden 1985. Barnekreft er såpass forskjellig fra voksenkreft at flere og flere land etablerer barnekreftregistre for å få mer kunnskap på dette feltet. Sverige, Norge og Island melder komplett, Finland relativt bra, men p g a interne problemer i Danmark er det vanskelig å få etablert noen samling av danske data etter 1994.

Hovedmål 2 Etablere ny viten om kreftsykdommenes årsaker, diagnose, naturlige forløp og behandlingseffekter

Kreftregisteret driver forskning om risikofaktorer for kreftutvikling som virus, bakterier, toxiner, hormoner, sporstoffer, yrke, stråling, arv, kosthold og røyking. Det satses også på registerbasert klinisk forskning og kvalitetsovervåking av diagnostikk og behandling.

Følgende resultater fremheves:

- i en studie av lungekreftisiko i steinullindustrien i Sverige, Danmark, Norge og Tyskland ble det ikke funnet noen sammenheng mellom eksponering for steinullstøv og lungekreftisiko. Røyking framsto som den eneste sterke risikofaktoren for lungekreft. Yrkeseksponeringer utenom steinullstøv (asbest, PAH, kvarts, arsen osv.) medførte bare svært moderate risikoøkninger
- en undersøkelse om kreftisiko i norsk aluminiumsindustri viser at total kreftsykkelighet og totaldødelighet er som forventet. Dødelighetsstudiene viser imidlertid en forhøyet dødelighet av kroniske lungesykdommer knyttet til eksponering for fluorider, støv og svoveldioksyd
- en studie viser at det ikke er funnet indikasjoner på økt risiko for utvikling av genitalkreft hos partnere til ektefeller med livmorhalskreft, prostatakreft eller peniskreft
- en internasjonal studie indikerer at overvekt på diagnosetidspunktet øker risikoen for skjoldkjertelkreft blant kvinner.
- molekylærbiologiske forsøk viser at mykoøstroget Zearalenon (ZEA), som produseres av muggsopp på korn, binder seg til østrogenreseptorer og bidrar til cellevekst for testikkelkreft
- evaluering av programmet «Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft» viser at det oppdages flere krefttilfeller og alvorlige forstadier hos kvinner som møter til undersøkelse for første gang etter invitasjon/purring enn hos kvinner som tar prøver regelmessig
- studier viser at det er overrisiko for livmorhalskreft hos kvinner som har HPV-antistoff og Chlamydia i serumprøver
- første runde i prøveprosjektet for mammografiundersøkelsen er evaluert, og midlertidige milepæler som små svulster og få spredningssvulster er gunstige mål som peker i retning av dødelighetsreduksjon
- i prøveprosjektet masseundersøkelse mot tykk-/endetarmskreft er det store forskjeller i

påvist forekomst av kreftformen mellom prøvefylkene Oslo og Telemark.

Hovedmål 3 Skaffe samfunnet oversikt over krefttilfellene i Norge og belyse utviklingen over tid

«Cancer in Norway 1997» forelå første kvartal 2000. Rapporten presenterer tall for forekomst og overlevelse for kreft i Norge i 1997, og for hele landet og hvert fylke siden 1954.

I januar 2000 utga Kreftregisteret rapporter om evaluering av programmet «Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft» og prøveprosjektet «Mammografiprogrammet i Norge». Anbefalingene i rapportene følges bl a opp med tanke på utvikling av informasjonsrutinene i programmene.

Ved årsmøtet i Nordisk Forening for Peditrisk Onkologi utarbeidet Kreftregisteret rapport over kreftbildet hos barn i Norden siden 1985.

Kreftregisterets hjemmeside på Internett ble lagt ut i 2000. Den inneholder informasjon om registreringen, kreftforekomst og overlevelse i Norge, de hyppigste kreftformene, masseundersøkelsene, prosjekter, publikasjoner m m.

3. Tilstandsvurdering

I 1997 fikk 10 230 kvinner og 10 541 menn en kreftdiagnose. Forekomsten av kreft har økt fra 7500 tilfeller i 1955 til 21 771 i 1997, og utgjør en gjennomsnittlig årlig økning på 1,2 prosent for kvinner og 1,7 prosent for menn i denne perioden. Hyppighet av de fleste kreftformer har økt i den seneste 5-årsperioden.

De vanligste kreftformene er brystkreft for kvinner og prostatakreft for menn, samt lungekreft og tykk/endetarmskreft for menn og kvinner. Økningen er betydelig for de fleste kreftformer, men ondartet føflekk-kreft hos begge kjønn og lungekreft hos yngre kvinner har økt mest.

Røyking utgjør en betydelig risikofaktor, og røykeslutt er den enkeltfaktor som vil kunne forebygge flest krefttilfeller. Også kostholdets sammensetning og fysisk aktivitet har stor innvirkning på både forekomst og dødelighet av ulike kreftformer.

Kreft rammer alle aldersgrupper, men særlig eldre. 79 prosent av alle tilfeller blant menn og 68 prosent av alle tilfeller blant kvinner finnes i aldersgruppen over 60 år.

Andelen som lever fem år etter diagnose, har fra 1955 til 2000 økt jevnt fra 37 til 55 prosent. Det er mange årsaker til forbedringen fra år til år, som bedre kunnskap og allmenntilstand hos enkeltindividen i Norges befolkning, mer nøyaktig og tid-

ligere diagnostikk og mer kunnskapsbasert behandling. Kombinasjonen av økt forekomst av kreft på grunn av økt risiko og levealder, samt den økte langtidsoverlevelsen innebærer nye utfordringer i relasjon til diagnostikk, behandling, pleie, omsorg og kvalitetssikring.

Det vises forøvrig til samlet tilstandsbeskrivelse i programkategori 10.30 Somatiske spesialistjenester, Kap. 739 Andre utgifter, Post 75 Kreftbehandling m m.

4. Satsningsområder og mål for 2002

Hovedmål 1 Registrere alle tilfeller av kreft i Norge, samt forstadier til kreft

I løpet av år 2002 skal alle nye tilfeller av kreft i 1999 være registrert i Kreftregisteret på bakgrunn av innsendte meldinger fra klinikere og patologer.

Nye tilfeller av kreft som kan være forårsaket av pasientens tidligere yrke eller arbeidsplass meldes til Rikstrygdeverket snarest mulig med tanke på mulig yrkesskadeerstatning.

Registrering av forstadier til kreft og utviklet kreft i forbindelse med masseundersøkelsene for livmorhals- og brystkreft videreføres.

Arbeidet med iverksetting av et nytt melde- og overvåkingssystem for naturlig kreftforløp, diagnostikk og behandling videreføres for tykk/endetarm-, prostata-, eggstokk- og lungekreft, jfr. St.prp. nr 61 (1997-98) om Nasjonal kreftplan og Budsjett-innst.s. Nr. 11 (1997-98). En utvidelse til også å omfatte andre kreftformer er til vurdering. Meldesystemet baseres på elektronisk meldeskjema i samarbeid med Kompetansesenter for IT i helsesektoren (KITH) og meldeinstansene.

Hovedmål 2 Etablere ny viten om kreftsykdommenes årsaker, diagnose, naturlige forløp og behandlingseffekter

Forskningen framover er konsentrert om risikofaktorer for kreftutvikling og betydningen av diagnostikk og behandlingsformer for forløpet av kreftsykdommene:

- tverrvitenskapelige studier av risikofaktorer for kreft som arvelige faktorer, mikroorganismer, yrkes- og miljøgifter, levevaner inklusive kostholds faktorer, samt fysiologiske betingelsers betydning for kreftutvikling
- gjennomføre tiltak for å øke frammøtet til minst 80 % i den nasjonale masseundersøkelsen mot livmorhalskreft
- ferdig planlagt utvidelse til landsdekning for masseundersøkelsen mot brystkreft, med

seneste oppstart i 2003. Det er et mål å oppnå minst 80 prosent frammøte

- videreføre forsøk med masseundersøkelse for tykk- og endetarmskreft
- kliniske studier vedrørende diagnostiske utredninger av sykdomsutbredelse ved diagnose og over tid, behandling og leveutsikter – især for tykk-/endetarmkreft, brystkreft, prostatakreft, lymfekreft, lungekreft, blodkreft og kreft hos barn

Hovedmål 3 Skaffe samfunnet oversikt over krefttilfellene i Norge og belyse utviklingen over tid

I løpet av 2002 skal publikasjonene «Cancer in Norway 1998» og «Cancer in Norway 1999» inkludert regionsoversikt utgis. Publikasjonene skal i tillegg legges ut på Kreftregisterets hjemmesider på Internett. En brukerundersøkelse vedrørende publikasjonen gjennomføres.

5. Merknader til budsjettforslaget for 2002

Kreftregistert er fra 2002 budsjettert med nettotilskudd. Det er således sum utgifter minus sum inntekter som er ført opp under ny post 70 Tilskudd.

Det foreslås overført kr 700 000 fra kap. 739, post 66 Mammografiscreening. Videre er det innarbeidet 1,7 mill. kroner som følge av merverdiavgiftsreformen og til dekning av lønns- og prisstigning. Til sammen foreslås utgiftssiden økt med 2,4 mill. kroner fra 32,6 mill. kroner i 2001 til 35,0 mill. kroner i 2002.

Endelig regnes det med inntekter på 1,2 mill. kroner i 2002 mot kr 1 164 000 for 2001.

Det foreslås således bevilget 33,8 mill. kroner under ny post 70 Tilskudd for 2002.

Kap. 3716 Kreftregisteret (jf. kap. 716)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert budsjett 2001	Forslag 2002
03	Oppdragsinntekter	8 891	1 164	
16	Refusjon fødselspenger	391		
18	Refusjon sykepenger	233		
	Sum kap 3716	9 515	1 164	

Det foreslås ikke bevilgning under kap 3716 for 2002, jf. omtale under pkt 5 over.

Kap. 0718 Rehabilitering

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert budsjett 2001	Forslag 2002
21	Spesielle driftsutgifter	12 065	11 400	18 350
60	Rehabilitering	102 813		
	Sum kap 0718	114 878	11 400	18 350

Det er overført fra 2000 til 2001:

Post 21: 611.000 kroner

Under kap. 718 er det ført opp bevilgningsforslag til utvikling på rehabiliteringsfeltet.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med definerte mål og virkemidler hvor flere aktører samarbeider om å gi den nødvendige bistand og tilrettelegging for brukeren i hans eller

hennes innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og sosial deltakelse. Stortingsmelding nr. 21 (1998-1999) *Ansvar og mestring*. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk oppsummerer fire situasjoner som kan innebære behov for rehabilitering :

- funksjonssvikt ved medfødte, kroniske sykdommer og tilstander
- funksjonstap ved sykdom og skade som har oppstått senere i livet
- funksjonsvedlikehold for å unngå forverring av funksjonshemninger
- funksjonsomstilling ved overgangen til en ny livsarena (eks. fra skole til arbeid) eller ved endrede krav i omgivelsene rundt den enkelte (eks. i bo- eller arbeidssituasjonen)

Hovedprinsippene for organisering av rehabiliteringsarbeidet er følgende:

- bistand til rehabilitering skal gis i et brukerperspektiv og med brukerens medvirkning
- rehabilitering fordrer et tverrfaglig perspektiv, og bistanden fra helsetjenesten bør koordineres med tjenester fra andre etater
- rehabiliteringsbistand til den enkelte skal koordineres med utgangspunkt i brukerens nærmiljø, og kommunenes ansvar og rolle skal tydeliggjøres
- kunnskaps- og kompetansegrunnlaget skal sikres gjennom forskning og utdanning

1. Formål og oppgaver

Formålet med bevilgningen er å støtte forsøksvirksomhet, utrednings- og utviklingsarbeid innenfor rehabilitering.

2. Resultatrapport for 2000

I 2000 ble det i hovedsak bevilget midler til utviklingsarbeid og forsøk som retter fokus mot tverrsektorielle og tverrfaglige problemstillinger, herunder rehabilitering med særlig vekt på kvinners helse, helse/kultur og opprettelse av nasjonalt kompetansemiljø for utvikling og spredning av rehabiliteringskompetanse.

Bedre kunnskapsgrunnlag for politikkutformingen

I *NOU 1999:13 Kvinners helse i Norge* er det foreslått konkrete tiltak i forhold til kvinnespesifikke problemstillinger på områder der kvinner har særskilte helseproblemer, og der det er dokumentert mangel på relevant kunnskap eller utilfredstillende praksis. Oppfølging av disse problemstillin-

gene vil bli integrert i pågående prosesser og planer eller som egne tiltak. I 2000 ble det etablert et prosjekt ved Universitetet i Bergen, Senter for samfunnsforskning (SEFOS) med fokus på kjønn og beslutningsprosesser spesielt på rehabiliteringsområdet.

Kultur- og helse satsingen er et samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet og Kulturdepartementet ved Norsk kulturråd. Norsk institutt for by- og regionsforskning, NIBR, sin evaluering av Kultur- og helse satsingen ble avsluttet i juli 2000. Som en videreføring er et etablert en knutepunktfunksjon for kultur og helse i Levanger kommune og en nasjonal rådgivningsgruppe.

Som en oppfølging av St.meld. nr. 21 (1998-99) *Ansvar og mestring*. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk og Stortingets behandling av denne, har Sosial- og helsedepartementet opprettet et *Kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR)* ved Høgskolen i Bodø i samarbeid med Nordlandsforskning som et femårig prosjekt. Senteret skal være et knutepunkt i et kunnskapsnettverk som omfatter en rekke etablerte kompetansemiljøer innen rehabiliteringsfeltet, både innen brukerorganisasjonene, helse- og sosialsektoren og innen samarbeidende sektorer som utdanningssektoren, trygde- og arbeidsmarkedssektoren, kultursektor og frivillig sektor.

«*Det nytter-prisen*» for 2000 ble i 2001 delt ut for tolvte gang. Det kom i 2001 inn 121 søknader til prisen, og førsteprisen gikk til samarbeidet mellom fylkessykehusene i Haugesund, Odda og Stord. Samarbeidet går på tvers av fylkesgrensene og har hatt til formål å bedre pasientbehandlingen i regionen ved å utnytte ressursene mer effektivt. En har ved prosjektet hatt som siktemål at pasientene skal oppleve kortere ventetid ved at sykehusenes samlede kapasitet blir bedre utnyttet. «*Det nytter prisen*» er et samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes sentralforbund. Prisvinnere og enkelte av de andre søkerne til prisen presenteres i et årlig «*Det nytter*»-magasin.

Høgskolen i Oslo har utviklet et *tverrfaglig etterutdanningsopplegg innen rehabilitering*. For nærmere omtale av etterutdanningskursene, se St.prp. nr. 1 (1999-2000). I 2000 ble det avholdt åtte kurs i regi av flere høyskoler med finansiering fra Sosial- og helsedepartementet.

3. Tilstandsvurdering

Viktige deler av rehabiliteringsfeltet har blitt fokusert gjennom de tiltak som følger av St.meld. nr. 21 (1998-99) *Ansvar og mestring*. Mot ein helskap-

leg rehabiliteringspolitikk og komiteens innstilling til denne, men det er fremdeles deler av dette feltet som ikke har fått et nødvendig løft. Det er fortsatt store geografiske forskjeller i tilbudet, og i mange tilfeller reduseres effekten av kostbar akuttbehandling fordi rehabiliteringskjeden svikter.

De øremerkede bevilgninger til rehabiliteringstiltak i fylkeskommunene i perioden 1992-2000 har bidratt til en fokusering og styrking av feltet, men det er fortsatt mange uløste oppgaver.

Mange brukere opplever rehabiliteringstilbudet som utilstrekkelig og lite tilpasset egne behov. En gruppe som har gitt uttrykk for manglende og lite koordinerte rehabiliteringstilbud er hørselshemmede. Mangelen på målrettet samhandling mellom bistandsyttere med ulike oppgaver og ulike etatstilknytninger kan være en årsak til at bistanden ikke er god nok.

Kapasiteten synes ikke å være i samsvar med behovet på flere områder. Det er store forskjeller med hensyn til hva de ulike yrkesgrupper som deltar i rehabiliteringsprosessen lærer gjennom grunn-, videre- og etterutdanning. Kunnskapen om rehabilitering som tverrfaglig virksomhet synes å være mangelfull.

4. Satsningsområder og mål i 2002

Nasjonal strategi for rehabilitering. Det vises til Stortingets behandling av St.meld. nr. 21 (1998-99) *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. En viktig målsetning var å sette rehabilitering på dagsordenen, og skape forståelse for at det er nødvendig med innsats fra en rekke aktører. Søkelyset ble rettet spesielt mot det kommunale nivå der de viktigste virkemidlene og arenaene for sosial deltagelse finnes.

Sosial- og helsedepartementet ser store utfordringer og behov for innsats på følgende områder:

- styrking av kunnskapsgrunnlaget og heving av kompetansen
- habilitering av barn
- opptreningsinstitusjonene og de spesielle helseinstitusjonenes plass i et rehabiliteringstilbud
- arbeidsrettet rehabilitering
- avklaring i forhold til behandlingsreiser til utlandet

Sosial- og helsedepartementet arbeider som oppfølging av Stortingets behandling av St. meld.nr. 21 (1998-99) *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*, jf. Innst. S. nr. 178 (1998-99), med en nasjonal strategiplan der

nevnte områder er fokusert. Planen ferdigstilles høsten 2001. Departementet vil komme tilbake til forslag om bevilgninger i de årlige budsjetter.

Styrking av kunnskapsgrunnlaget og heving av kompetansen: Statens kunnskaps- og utvikling for helhetlig rehabilitering (SKUR) skal være en drivkraft i bygging og drift av et kunnskapsnettverk innenfor rehabiliteringsområdet. Tilbudet om tverrfaglig etterutdanning vil bli videreført og videreutviklet. Sosial- og helsedepartementet vil samarbeide med utdanningsmyndighetene med hensikt å få styrket rehabiliteringskunnskapen innenfor de etablerte grunn- og videreutdanningene. Departementet vil vurdere nærmere hvordan en best kan stimulere til forskning innenfor dette feltet.

Habilitering av barn: Habilitering av barn foregår i kommunene, i spesialisthelsetjenesten og ved spesialpedagogiske kompetansesentra. Det er viktig å styrke tilbudet til barn både i kommunene og den spesialiserte tjenesten. Forskrift om habilitering og rehabilitering og forskrift om individuelle planer vil være viktige virkemidler. I tillegg må det vurderes hvordan en kan styrke tjenestene både i kommunene og innenfor spesialisthelsetjenesten. Habiliteringstjenesten for barn har i liten grad utviklet intensive treningstilbud. Det vises til Budsjett-innst. S. nr. 11 (2000-2001) der komiteen ber om at det settes i verk tiltak for å fremskaffe personell som kan sikre videreutvikling av Petø-metodikk, og ber Regjeringen vurdere å etablere et behandlingstilbud/ressurssenter for Doman-metoden. En arbeidsgruppe har vurdert alternative treningsopplegg for barn med hjerneskader. Arbeidsgruppen har sett behov for å bygge opp et nytt norsk intensivt habiliteringsopplegg. Videre har en arbeidsgruppe utarbeidet et forslag til videreutdanning innen Petø-metodikk. Departementet vil legge rapportene fra nevnte arbeidsgrupper til grunn for videreutvikling av treningstilbud for funksjonshemmede barn. Det tas sikte på å starte opp et utdanningstilbud i konduktiv opplæring i løpet av 2002 i Tromsø. Videre oppbygging av tilbudet og evaluering vil en måtte komme tilbake til i de årlige budsjetter. Departementet vil igangsette arbeidet med sikte på å etablere et nytt intensivt habiliteringstilbud. Den nye situasjonen med statlig overtagelse av spesialisthelsetjenesten gir nye muligheter også når det gjelder faglig og kapasitetsmessig styrking av habiliteringstjenestene.

Opptreningsinstitusjonenes og de spesielle helseinstitusjonenes plass: I forbindelse med at staten overtar ansvaret for spesialisthelsetjenesten vil det foretas en gjennomgang av finansieringsord-

ninger innenfor spesialisthelsetjenesten med sikte på forenkling, desentralisering av tjenester og en mer effektiv bruk av de samlede ressurser. Finansieringsordningen for opptreningsinstitusjonene vil bli gjennomgått i denne sammenheng.

Opptreningsinstitusjonenes rolle og funksjon vurderes bl.a. med sikte på klarere arbeidsdeling mellom dem. Helsetilsynet utarbeider funksjonskrav til opptreningsinstitusjonene. Det vil bli aktivt stimulert til tettere samarbeid mellom sykehus og opptreningsinstitusjonene, samt til å utvikle dagtilbud ved opptreningsinstitusjonene der det ligger til rette for dette. Dagbaserte tilbud vil kunne bli stimulert gjennom egne tilskudd.

Fra 2002 vil det bli samarbeidet med Norske opptreningsinstitusjoner (NOPI) om størrelsen på tilskuddssatsene til de enkelte institusjoner. NOPI vil også bli invitert til dialog om fremtidig finansieringsordning for opptreningsinstitusjonene.

Arbeidsrettet rehabilitering: I arbeidet med den nasjonale strategien tas det utgangspunkt i den store økning i antall uføre mellom 16 og 34 år. Stadig flere unge går direkte over i uførepensjon. Departementet vil arbeide for å få igangsatt forsøk med utprøving av helhetlig arbeidsrettet rehabilitering, spesielt i forhold til unge som ikke har fått prøvd seg i arbeidslivet, og som vil trenge samordnet bistand for å komme i arbeid. Dette forsøket vil bli sett i sammenheng med annen forsøksvirksomhet, og særlig oppfølging av forslagene i NOU 2000: 27 Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv.

Behandlingsreiser til utlandet: Behandlingsreiser er en ordning som omfatter pasienter med revmatiske sykdommer, pasienter med psoriasis og barn og unge med astma og kroniske lungesykdommer. Et utvalg har gjennomgått ordningen med behandlingsreiser og gitt sine tilrådinger i NOU 2000:2 Behandlingsreiser til utlandet. Et offentlig ansvar? Utvalget anbefaler at behandlingsreiseordningen videreføres som et offentlig behandlingstilbud på spesialisthelsetjenestenivå, og at det kan åpnes for at andre pasientgrupper kan vurderes som prøvegruppe etter gitte krav. Utvidelse av ordningen vurderes for eksisterende grupper og ved å inkludere nye grupper. Det vises til omtale under kap. 739.70 Behandlingsreiser til utlandet.

Helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede: Departementet arbeider med en plan om helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede. Planen forutsettes å foreligge ved utgangen av 2001. Gjennom planen vil departementet foreslå tiltak for å drøfte tilbudet til hørselshemmede.

Departementet tar sikte på å etablere et kompetansenettverk for å styrke tilbudet til døvblitte og sterkt tunghørtblitte. Sosial- og helsedepartementet og Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet vil i 2002 igangsette et prosjekt med oppfølging av døvblitte/sterkt tunghørtblitte i 2-3 år. Prosjektet vil i utprøvsperioden være forankret i statlig spesialpedagogisk støttesystem. Prosjektet foreslås finansiert med 3 mill. kroner over Sosial- og helsedepartementets budsjett.

Kultur og helse: Nettverkskoordinatorstillingen for å ivareta knutepunktfunksjoner for kultur og helse og nasjonal rådgivningsgruppe, vil bli videreført.

Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR) startet opp som et prosjekt i 2000 og er nå i full drift. Prosjektet skal gå over fem år og vil bli evaluert før det tas stilling til varig drift. Prosjektet er lagt til Høgskolen i Bodø. SKUR skal bygge opp kunnskap og kompetanse om helhetlig rehabilitering som en sammenhengende sektorovergripende virksomhet. Den viktigste oppgaven er å bygge opp et kunnskapsnettverk mellom relevante miljøer og være en motor i driften av nettverket. Andre sentrale oppgaver vil være å utvikle og styrke undervisningsnettverket mellom utdanningsinstitusjonene samt være pådriver og samarbeidspartner i utviklingsarbeid og forskning på feltet. Brukerperspektivet er viktig i SKURs arbeid. Det er derfor satt i gang et forskningsprosjekt for å studere rehabiliteringsprosesser fra den enkelte brukers ståsted.

Tverrfaglig etterutdanning: Kurs i tverrfaglig etterutdanning i re/habilitering videreføres i departementets regi. Kursene finansieres av departementet og holdes av høyskolene i samarbeid med arbeidsgiverne. SKUR vil gjennom sitt nettverk stimulere til gjennomføring av kursene. I forbindelse med ikrafttreddelsen av forskrift om individuell plan vil departementet legge mer vekt på individuell planlegging som et viktig element i re/habiliteringsprosessen i etterutdanningskursene.

Kognitiv Rehabiliteringsenhet Sunnaas sykehus ble etablert som et prosjekt under handlingsplan for funksjonshemmede. Prosjektet hadde som mål å spre kompetanse om ervervet funksjonssvikt, å gi veiledning og undervisning til den øvrige spesialisthelsetjeneste og å etablere et klinisk tilbud for å få erfaring med hvilke modeller for tiltak som er hensiktsmessige. Prosjektet avsluttes 31.12.01. Tiltaket forutsettes videreført i påvente av avklaring i forhold til kompetansesenterfunksjon.

Post 60 Rehabilitering i fylkeskommunene m.v

Bevilgingen under denne posten ble i 2001 innlemmet i inntektssystemet.

Kap. 0719 Helsefremmende og forebyggende arbeid

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter	272	250	300
21	Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren, <i>kan overføres</i>	33 698	35 700	38 100
50	Norges forskningsråd	24 200	25 900	29 600
66	Handlingsplan mot selvmord, <i>kan overføres</i>	7 678		
70	Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien og smittevern, <i>kan overføres</i>	24 409	26 000	26 600
71	Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap m.v.	18 483	18 650	17 200
72	Stiftelsen AAN-Alternativ til abort i Norge	11 410	11 750	12 100
	Sum kap 0719	120 150	118 250	123 900

Det er overført fra 2000 til 2001:

Post 21: 152.000 kroner

Post 66: 527.000 kroner

Post 70: 596.000 kroner

Post 01 Driftsutgifter

Midlene under denne posten nyttes henholdsvis til godtgjørelser og reiseutgifter til landets abortnemnder og steriliseringsnemnder. De siste år har antall saker behandlet i abortnemndene anslagsvis ligget mellom 400 – 500 og saker som kommer opp i klagenemnd rundt 25.

Post 21 Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren m.v., kan overføres

Det foreslås overført 2 mill. kroner fra kap. 701.21 til genteknologi, herunder Norsk institutt for genøkologi. Det foreslås overført 0,5 mill. kroner til kap. 719.50 til styrking av forskningsprogrammet miljø og helse for å følge opp elektromagnetiske felt og helsefare.

1. Formål og hovedprioriteringer

De nasjonale hovedinnsatsområdene innenfor det helsefremmende og forebyggende arbeidet følges i hovedsak opp gjennom tverrdepartementale handlingsplaner og andre tverrsektorielle tiltak. Handlingsplaner er et viktig virkemiddel på innsatsområdene når det forutsettes et nært samarbeid mellom sektorer, faggrupper og forvaltningsnivåer for å oppnå resultater. Handlingsplan for forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid (1997-2002), herunder WHO-konseptet Trygge lokalsamfunn, Handlingsplan for forebygging av astma, allergi og inneklimateykdommer (1998-2002) og Handlingsplan miljø og helse fortsetter i 2002.

Sosial- og helsedepartementet ønsker å bidra til en bedre forskningsmessig utnyttelse av data som allerede er samlet inn i forbindelse med Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). Parallelt med en overføring av forskningssenteret i Verdal fra Statens institutt for folkehelse til Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet i Trondheim (NTNU), er virksomheten knyttet til HUNT styrket fra 2001.

2. Resultatrapport 2000/2001 tilstandsbeskrivelse

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

I perioden 1990-2000 har helsestasjons- og skolehelsetjenesten hatt en vekst på om lag 65 pst. målt i antall årsverk. Kommunene har bl.a. blitt stimulert gjennom ulike prosjektsatsninger, særlig Aksjonsprogrammet barn og helse 1995-99, til å gjennomføre helsefremmende og forebyggende arbeid med vekt på en helhetlig tverrsektoriell tilnærming. Departementet ga Hemil-senteret ved UiB i oppdrag å evaluere Aksjonsprogrammet barn og helse. Både fylkesnivået og kommunenivået var i fokus for den forskningsmessige evalueringen av programmet. Evalueringen viste at Aksjonsprogrammet både i fylkene og i kommunene bidro til at det tverrsektorielle samarbeidet ble bedre utviklet, og at samarbeidet ble videreutviklet også etter at programmet var over. Dette samarbeidet blir fulgt opp i helsestasjons- og skolehelsesatsingen. Det er et mål at helsestasjon for barn og unge 0-20 år skal styrkes gjennom oppdatering og utvikling av ny kunnskap og arbeidsmetoder. Helsestasjonspersonellet skal være en pådriver for å styrke det tverretatlige samarbeidet for å fremme barn og unges helse og oppvekstkår. Skolehelsearbeidet er en viktig del av denne satsingen. Departementet utarbeidet høsten 1999 et rundskriv med en samlet oversikt over den nasjonale strategi for utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, som ble sendt til landets kommuner. Som en del av oppfølgingen av Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 skal helsestasjons- og skolehelsetjenesten styrkes med 800 årsverk i løpet av perioden. Ved utgangen av 2000 var 200 stillinger rettet inn mot barn og unge finansiert med midler herfra. Oppfølging av innsatsene fortsatte i 2001 i samarbeid med fylkeslegene.

I forbindelse med felles tilsyn med skolehelsetjenesten i 59 kommuner i 2000, ble det avdekket mangler i de videregående skolene. Helsetilsynet og fylkeslegene følger opp kommunenes arbeid med å sikre overholdelse av myndighetskravene for tjenestene. Prosjektet «Utvikling av kravspesifikasjon og definisjonskatalog for et elektronisk journalsystem i helsestasjons- og skolehelsetjenesten» er under arbeid og ferdigstilles i 2001.

Forebygging av psykiske plager og lidelser

I januar 2000 ble det lagt fram en faktarapport som oppsummerer eksisterende kunnskap om

årsaker til og utbredelse av psykiske plager og lidelser. Faktarapporten har vært på bred høring, og følges opp gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse, jf. kap. 743. Undervisningspermen om forebygging av spiseforstyrrelser «Kropp, kultur og kommunikasjon» er under evaluering høsten 2001.

Skader etter ulykker

Den tverrdepartementale handlingsplanen for forebygging av ulykker i hjem, skole, og fritid (1997-2002) koordinerer innsats for å få skadetallene ned og begrense skadekonsekvenser for den enkelte og for samfunnet.

Om lag 50 av landets kommuner arbeider innenfor rammen av WHO's konsept for ulykkesforebygging på lokalplanet, Trygge lokalsamfunn. Rakkestad, Årdal og Os i Østerdalen fikk i 2000 WHO-godkjenning som Trygt lokalsamfunn. Sekretariatet for Trygge lokalsamfunn ved Statens institutt for folkehelse har ansvar for kunnskapsbasert rådgivning og for å styrke og samordne den ulykkesforebyggende innsatsen.

Antallet ulykkesskader med dødelig utfall er nærmere 1 700 per år, men har siden 1970 vært nedadgående for begge kjønn. Blant de yngste (0-14 år) er ulykkesdødeligheten redusert med nesten 60 pst. fra 1980 til 1997. Skader etter ulykker er fremdeles den vanligste dødsårsak blant barn og unge. Ulykkesskader som krever sykehusinnleggelse viser økning, og bruddskader er den vanligste skadediagnose som fører til innleggelse.

Innenfor fritidssektoren er det trender som representerer økt ulykkesrisiko. Skader på snøbrett, rullebrett og rulleskøyter økte betydelig i perioden 1990-98. Det er iverksatt et prøveprosjekt i Oppland med sikte på å vinne kunnskap om effektive virkemidler for å øke kunnskapen om sikkerhetsfaktorer ved uorganisert friluftsliv.

Norge er blant de land i verden som har høyest forekomst av lårhalsbrudd. Tall fra 1999 viser 13 lårhalsbrudd pr 1000 personer over 65 år. Antall lårhalsbrudd er økende og skyldes først og fremst et økende antall eldre, men det er en tilleggseffekt av økende risiko etter at tallene er justert for alder og kjønn. Risikoen for fall utgjør sammen med lavt bentetthetsnivå og osteoporose de to viktigste risikofaktorene for brudd.

Astma, allergi- og inneklimateykdommer

Astma, allergi og luftveissykdommer er som sykdomsgruppe årsak til betydelig kronisk sykdom og ressursbruk. Allergiske sykdommer anses

å være en av de vanligste kroniske plagene hos barn. 7 til 8 pst av skolebarna i Norge har astma, mens forekomsten av høysnue er 15 til 18 pst. Det er ikke mulig å si om det har vært en økning i befolkningens sykkelighet av astma og allergi ut fra tilgjengelig datagrunnlag, selv om flere i dag får slike diagnoser.

Miljø og helse

Sosial- og helsedepartementet har i samarbeid med Miljøverndepartementet utarbeidet en handlingsplan for miljø og helse, som ble fremlagt i februar 2000. Dette er en oppfølging av Helsinkideklarasjonen fra WHO-EURO 1994, og en kortversjon ble presentert på Londonkonferansen for helse- og miljøvernministrene i Europa i 1999.

Miljørettet helsevern i kommunene må intensiveres. Dette innebærer såvel faglig som organisatorisk oppgradering. Flere av landets kommuner har et utstrakt samarbeid med det kommunale næringsmiddeltilsynet i dette arbeidet. Departementet forbereder en egen forskrift til kommunehelsetjenesteloven om miljørettet helsevern som vil erstatte en rekke foreldede forskrifter. Helsetilsynet skal lage veiledningsmaterieil til forskriften som gir støtte til kommunene og til virksomhetenes arbeid med miljø og helse etter denne regelverksreformen.

Sosial- og helsedepartementet har fått utredet en analyse av det teoretiske grunnlaget for helse- og trivselsmessige konsekvenser/utredninger. I forlengelsen av denne utredningen vil det bli utarbeidet to veiledere; en om utredninger etter Utredningsinstruksen, og en om arbeidet med helsemessige konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven og kommunehelsetjenesteloven.

Den sjette verdenskongress om miljø og helse ble avholdt i Oslo i juni 2000 i regi av Forum for Miljø og Helse. Et ekspertmøte om tobakksregulering i regi av WHO's «Tobacco-Free Initiativ» ble avholdt i Oslo i februar 2000.

I 1999 viste en gjennomgang av Folkehelsas vannverksregister at om lag 500 000 personer ikke har «tilfredsstillende vannforsyning» fra de registrerte vannverkene mot 1,3 mill personer i 1994. Program for vannforsyning, som ble startet i 1995 for å bidra til bedre vannkvalitet, ble evaluert i 2000. Evalueringen viser at programmet i vesentlig grad har bidratt til forbedring i vannkvaliteten. Det fremgår imidlertid at det gjenstår store investeringer før samtlige vannverk kan sies å være tilfredsstillende, i særlig grad de mindre vannverkene.

EUs folkehelseprogrammer

Fra 1997 har Norge sluttet seg til EUs folkehelseprogram, jf. St.prp. nr. 31 (1996-97). I 2001 dekkes 6 delområder over denne posten; helsefremming og helseopplysning, bekjempelse av kreftsykdommer, bekjempelse av AIDS og andre smittsomme sykdommer, helseovervåking, forebygging av ulykker og forurensningsrelaterte sykdommer. Departementet dekker også utgifter til to nasjonale eksperter som er knyttet til EU's folkehelseprogram.

3. Satsingsområder og mål 2002

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

I 2002 vil innsatsen fortsatt være rettet mot å stimulere det tverrsektorielle samarbeidet i kommunene og formidle erfaringer fra prosjekter med særlig vekt på å fremme barns og ungdoms helse. Dette formidlings- og samordningsarbeidet vil være en sentral oppgave innenfor det forebyggende arbeidet på fylkeslegekontorene i samarbeid med kommunene, jf. kap. 700. Det legges opp til å videreføre stimuleringsarbeid og kompetanseheving innenfor kost, mosjon og røykfrihet, styrke det psykososiale arbeidet overfor barn og ungdom og å få forankret det tverrsektorielle samarbeidet i kommunens ledelse.

Som en oppfølging av Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006, vil det høsten 2001 bli satt i gang et forsøk med familiesentraler i noen av landets kommuner. Familiesentraler er et lavterskeltilbud med tverrfaglig kompetanse og inneholder helsestasjon, åpen barnehage, svangerskapsomsorg, forebyggende barnevern, PPT etc, ut fra lokale behov, jf. kap. 743.

Forebygging av psykiske plager og lidelser

Innsatsen for å forebygge psykiske problemer og lidelser og fremme barn og unges psykiske helse skal fokuseres, jf. Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63 (1997-1998)). Oppsummering av erfaringene fra arbeidet i fylkene og kommunene samt strategi for videreføring av arbeidsmåter skal bl.a. følges opp i satsingen på helsestasjon- og skolehelsetjenesten for barn og ungdom. Det tas sikte på å sende ut et rundskriv om psykososialt arbeid med barn og unge i kommunene til landets kommuner høsten 2001.

Skader etter ulykker

Handlingsplanen for forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid vil bli videreført, herunder WHO-konseptet Trygge lokalsamfunn. Den epidemiologiske situasjonen med lårhalsbrudd i Norge er alarmerende. Forebyggende tiltak rettet mot multiple årsaksfaktorer vil bli styrket og det innføres en refusjonsordning fra trygden ved kjøp av hoftebeskytter. Ordningen gjelder for definerte høyrisikopersoner blant hjemmeboende eldre etter rekvisisjon fra lege. Oppfølging, herunder informasjon og veiledning i bruk, skjer gjennom Trygge lokalsamfunn-satsingen og handlingsprogrammet for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd, herunder veileder for helsepersonell. Det vises til omtale under kap. 730 Statlig helsetjeneste, post 70 Innsatsstyrt finansiering av sykehus og kap. 2751 Medisiner m.v., post 72 Sykepleieartikler.

Hjemmeulykker blant barn følges opp nærmere, bl.a. ved utvikling og produksjon av egnet informasjons- og veiledningsmaterieil til bruk i helsestasjonen. Ulykkesutviklingen i nittiårene gjør det nødvendig å følge utvikling og trender innen fritidsaktiviteter og det moderne friluftslivet.

Astma, allergi- og inneklimasykdommer

Handlingsplanen på hovedinnsatsområdet astma, allergi og inneklimasykdommer vil bli videreført. Tilbudet om analyse av innemiljøallergier og det nasjonale meldesystemet og registeret for alvorlige allergiske reaksjoner på mat er prioriterte tiltak under handlingsplanen, likeså pollenvarsling og inneklimatekontoret til Norges astma- og allergiforbund.

Miljø og helse

Når det gjelder miljørettet helsevern vil oppfølgingen av Handlingsplan for miljø og helse fortsette i 2002. Det vil videre bli utviklet nytt regelverk på området miljørettet helsevern i kommunene samt veiledningsmateriale. Det vil bli utarbeidet en metodebeskrivelse for konsekvensutredninger av tiltak som kan ha betydning for helse og trivsel. Samarbeidet med Miljøverndepartementet om Lokal Agenda 21 om miljø og helse fortsetter.

Gen- og bioteknologi

Faglig forsvarlig og sikker bruk av næringsmidler er et sentralt element i norsk helsepolitikk. Arbeidet med produsentuavhengig forskning og informasjon om genmodifiserte produkter må

styrkes og i større grad nå ut til publikum. Den genteknologiske utviklingen gjør det stadig mer krevende for myndigheter og befolkningen å holde seg tilstrekkelig oppdatert. Kommersiell forskning prioriterer i liten grad helse- og miljøforskning. Norsk institutt for genøkologi har som formål å drive forskning, informasjon og rådgivning angående genoverføring og andre prosesser som kan innebære helsemessige risiko-momenter i forbindelse med anvendelse av genteknologi og genmodifisering. Instituttet har videre som mål å utvikle metoder for risikovurdering og overvåkning av genoverføring fra genmodifiserte organismer i økosystemer, næringskjeder og matvarer mv. Det bevilges fortsatt driftsstøtte til Norsk institutt for genøkologi med 2 mill kroner.

Andre forebyggingsområder

Det foreslås videre avsatt midler over denne posten til 6 delområder under EUs folkehelseprogram, jf pkt 2 over, samt til Ammehjelpen. Nasjonalt ammesenter ved Rikshospitalet arbeider for å fremme helse og forebygge sykdom gjennom amming, og er en oppfølging av WHO-prosjektet «Mor-barn-vennlig-sykehus». Nasjonalt ammesenter mottar 1 mill. kroner over denne posten til formålet i 2002.

Post 50 Norges forskningsråd

Forskning i regi av Norges forskningsråd er et viktig bidrag til kunnskapsgrunnlaget for nasjonale forvaltningsoppgaver og politikkutforming. Det foreslås bevilget 29,6 mill. kroner som skal dekke igangværende og nye forskningsprogrammer. Forskningsprogrammene har normalt en varighet på 4-5 år og administreres av Norges forskningsråd.

Forskning er ett av flere virkemidler for å styrke grunnlaget for helsefremmende og forebyggende arbeid og rehabilitering. Den skal bidra til innovasjon, bedre dokumentasjon av effekter og mer systematisk og kritisk bruk av etablerte virkemidler.

Forskningsprogrammene gjennomføres i tråd med vedtatte programplaner. Sosial- og helsedepartementet har representanter i programstyrene.

Helse og samfunn

Programmet har som langsiktig mål å bidra til å bygge opp god og langsiktig forskning om samfunnsmessige (økonomiske, politiske, sosiale og kulturelle) forhold som påvirker sykdom og

helse, samt utvikle virkemidler i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet. Forskningen omfatter mange fagdisipliner og dekker både basale og anvendte problemstillinger. Det er utarbeidet et eget programnotat for satsingen. Det bevilges også midler fra kap. 614, post 50 til programmet.

Kommunale beslutningsprosesser og statlig intervensjon

Gjennom forskning om erfaringene med ny kommunelov og harmonisering av særlovgivningen, vil en få nyttig kunnskap om hvordan den nye kommuneloven og endringer i særlovene fungerer i forhold til den utstrakte desentraliseringen av ansvar i helse- og sosialsektoren.

Bio- og genknologi

Denne teknologien er i ferd med å få en dyptgripende innflytelse på samfunnsutviklingen. Fra helsesektorens side er det store forventninger knyttet til både basal kunnskap og produktutvikling innenfor sektoren.

Genteknologisk kartlegging av arvestoffet hos mennesket og forståelsen av molekulære mekanismer vil kunne gi ny innsikt i årsaker til sykdom og utvikling av metoder for diagnostikk og behandling. Nye farmasøytiske produkter til bruk i diagnose og terapi er et slikt eksempel.

Genteknologi er et område hvor det i dag reises flere spørsmål enn det finnes svar. Det er et stort behov for mer kunnskap om langsiktige helseeffekter. Innsatsen skal spesielt gjelde produsentuavhengig forskning om helsemessige konsekvenser ved fremstilling og bruk av genmodifisert mat og fôr.

Miljø og helse

Programmet skal fremskaffe ny kunnskap om sammenhengen mellom miljøfaktorer og helse og på denne måten bidra til risikovurderinger av miljøfaktorer og gi et bedre grunnlag for forvaltningmessige beslutninger. Programmet fokuserer både på inn klima og miljøfaktorer i utemiljøet og vil bidra til oppfølging av Nasjonal handlingsplan for miljø og helse og handlingsplanen Forebygging av astma, allergi og inneklimate sykdommer. Sentrale temaer er bl.a. fukt i bygninger, luftforurensninger i byer og tettsteder, helse- og miljø, farlige kjemikalier, hormonlignende stoffer, gen-miljøinteraksjoner, luftveissykdommer, allergi og annen overfølsomhet, kostnad-nyttforskning. Programmet fore-

slås styrket med 0,5 mill. kroner som følge av at elektromagnetiske felts innvirkning på helse er lagt inn i programmet. Programmet finansieres av Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, Miljøverndepartementet, Sosial- og helsedepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet/Samferdselsdepartementet.

Arbeid og helse

Programmet skal ivareta bredden i arbeidsmiljøforskningen og tar sikte på å bygge opp forskningsmiljøer og kompetanse til internasjonalt nivå. I programplanen for perioden 2001-2005 ligger en videreføring av intervensjonsforskning og forskning på årsaker til bl.a. arbeidsrelaterte muskel-skjelettsykdommer, kroniske smertetilstander og psykiske plager. Forskning omkring helsemessige konsekvenser av nye organisasjonsformer og produksjonsbetingelser i lys av de hurtige og omfattende endringer i arbeidslivet, samt forskning om hvordan arbeidslivet kan hindre utstøting, har prioritet. Programmet finansieres fra Sosial- og helsedepartementet, Arbeids- og administrasjonsdepartementet og Næringslivets hovedorganisasjon. Det bevilges også midler fra kap. 675, post 50 til programmet.

Mat og helse

Sammensetningen av kostholdet spiller en viktig rolle for flere av dagens folkesykdommer. Samtidig dokumenteres stadig nye sammenhenger mellom kostfaktorer og helse. Forbrukernes bevissthet om kostholdets betydning er økende, men de faktiske kostholdsendingene er vanskelige å få til. Utfordringene innenfor satsingen er knyttet til hvordan kostholdet påvirker normale fysiologiske funksjoner og risiko og sykdomsforløp for kroniske sykdommer, og hvilke typer strategier og tiltak som vil påvirke valg av matvarer og kosthold i gunstig retning. Risikoaspektene ved ny teknologi, bl.a. relatert til genmodifisert mat, er et prioritert forskningstema.

Drikkevannsforskning

Målsettingen for programmet er å bringe den nasjonale kunnskapen opp på et nivå som kan bidra til at nasjonale målsettinger etterleves og internasjonale forpliktelser oppfylles. Programmet er en del av den nasjonale satsningen for å oppgradere norsk vannforsyning, og skal bringe fram kunnskap for å bedre drikkevannskvaliteten. Prioriterte områder er forskningsoppgaver knyt-

tet til vannkvalitet og helse, og hvordan disse utfordringene kan møtes med vannbehandlings-teknologi.

Prioriterte områder er vannkvalitet og helse, behandling av drikkevann, vedlikehold og økonomi, distribusjonssystemer og vannkvalitetsovervåking.

EUs strålevernprogram

Programmet har som mål å bringe fram vitenskapelig kunnskap for objektivt å kunne vurdere effekter av radioaktiv stråling, og utvikle metoder for å bedre beskyttelsen mot stråling. Innsatsen vil bli rettet mot hvordan strålingen opptrer fra naturlige, medisinske og industrielle kilder, helsemessige konsekvenser og behandling av overeksponering. Prosjektene med norsk deltakelse har dekket et bredt fagområde. Majoriteten av prosjektene er knyttet til radioaktiv forurensning fra atomanlegg i Russland og andre SUS-stater. Flere prosjekter foregår i risikoområder som Majak, Kola og Karahavet.

Antibiotikaresistens

Satsingen på området antibiotikaresistens er et ledd i regjeringens Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens. Selv om vi kjenner ulike resistensmekanismer og hvordan antimikrobiell resistens kan utvikles og spres, mangler vi kunnskap som grunnlag for å velge de riktige og nødvendige tiltakene.

Post 66 Handlingsplan mot selvmord, og videre oppfølging etter planperioden, kan overføres

Handlingsplanen ble avsluttet i 1999, men spesielle tiltak skal videreføres. Arbeidet er fra 2001 belastet kap. 743, post 70 hvor handlingsplanen og videre arbeid er omtalt.

Post 70 Handlingsplan mot HIV/AIDS epidemien og smittevern m.v., kan overføres

Oppfølgingen av ny strategiplan for forebygging av HIV-infeksjon og seksuelt overførbare sykdommer, Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens (2000-2004) og smitteverntiltak generelt dekkes over denne posten. Det foreslås overført 150.000 kroner til kap. 707.01 for å dekke merkostnader ved kjøp av tuberkulin. Det foreslås bevilget 26,6 mill. kroner under denne posten i 2002.

1. Formål og hovedprioriteringer

HIV/AIDS-epidemien

Den nåværende Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien (1996-2000), som ble forlenget til og med 2001, erstattes av en ny Strategiplan for forebygging av HIV-infeksjon og seksuelt overførbare sykdommer som er nærmere omtalt under pkt 4.

Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens og smittevern generelt

Smittsomme sykdommer er fortsatt et prioritert felt gjennom bl.a. oppfølging av smittevernloven og Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens. Samfunnet må opprettholde en beredskap som følge av økt internasjonalisering. Hovedmålene for arbeidet med å bekjempe antibiotikaresistens er; mindre og riktigere bruk av antibiotika fordi all bruk øker risikoen for resistensutvikling, prioritering av forebyggende tiltak for å begrense opptreden av infeksjoner, og hindre spredning av antibiotikaresistens via forflytting av biologisk materiale.

2. Resultatrapport 2000/2001

HIV/AIDS-epidemien

Sentrale helsemyndigheter har de siste årene fått foretatt uavhengige evalueringer av de fleste større HIV/AIDS-forebyggende aktivitetene. Sammen med evalueringen av Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996-2000 foreligger det et godt grunnlag for framtidig HIV/AIDS-politikk. En EU-finansiert studie av HIV/AIDS-politikken i 28 europeiske land som Norge har deltatt i, vil i tillegg gi nyttige innspill. Erfaringene fra den 13. Verdenskonferansen om AIDS som ble avholdt i Durban i 2000 understreker behovet for å se den nasjonale og globale HIV/AIDS-situasjonen i sammenheng og kan bidra til en tettere kopling både mht HIV/AIDS/seksuelt overførbare sykdommer (SOS) -problematikken og de utfordringene en står overfor – globalt og nasjonalt. Det er også i 1999/2000 gitt økonomisk støtte til Aidsinformasjonstelefonen, Aidsinformasjonsbussen og markering av Verdens AIDS-dag 1. desember 1999 og 2000. Det er gitt økonomisk støtte og faglig veiledning til HIV/AIDS-forebyggende arbeid i afrikanske miljøer, bl.a. til African Health Team. Det har vært arbeidet med å igangsette et mer aktivt forebyggende arbeid overfor andre etniske minoritetsmiljøer. Det er gitt økonomisk støtte til inn-

satsområdet menn som har sex med menn – i hovedsak til Helseutvalget for homofile, til innsatsområdet heteroseksuelle i utsatte miljøer og innsatsområdet HIV-positive – i hovedsak til Pluss – Landsforeningen mot Aids, Utekontaktenes ressursgruppe mot hiv og aids og til Prostituertes Interesseorganisasjon.

For 2000 er det ut fra den epidemiologiske situasjonen fokusert noe sterkere på enkelte grupper heteroseksuelle som turister til deler av verden med høyere forekomst av HIV/SOS enn Norge.

Statens institutt for folkehelse har også i 1999/2000 arbeidet for å styrke smitteoppsporingen ved HIV-diagnose gjennom et frivillig samarbeid mellom legen og den HIV-positive. Institusjonen har fortsatt med å overvåke HIV/AIDS-epidemien gjennom Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) og undersøkt HIV-testeaktiviteten i grupper med risikoatferd. Det ble i 1999/2000 igangsatt et prosjekt om reiselivsmedisin som omfatter bl.a. kontakt med primærhelsetjenesten og reiselivsbransjen. Statens institutt for folkehelse har fått midler til prosjektet «Smittevern for alle» som tar sikte på å styrke smittevernet for flyktninger, asylsøkere og andre med innvandrerbakgrunn gjennom metodeutvikling, informasjonstiltak og skoleringsarbeid overfor landets kommuner og lettere tilgjengelig informasjon for innvandrerpopulasjonen.

Arbeidet med å bedre kunnskapsgrunnlaget om levetid og dødelighet for HIV-positive samt å utvikle modeller for nysmitte og diagnostisering av HIV er videreført.

Det er ellers bevilget midler til å styrke norsk deltakelse i smittevernssamarbeid med EU, WHO og Norden og dets nærområder.

Smittevern

I samarbeid med Landbruksdepartementet, Miljøverndepartementet og Fiskeridepartementet har Sosial- og helsedepartementet utarbeidet en Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens, som ble lagt fram i mars 2000. Sosial- og helsedepartementet fastsatte i januar 2001 en Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa. Oppfølging av NOU 1998:3 Utryddelse av tuberkulose? Strategi for fremtidig tuberkulosekontroll skjer gjennom revisjon av forskriften om tuberkulosekontroll. Forslag til revidert forskrift har i løpet av 2001 vært på høring. Et nasjonalt referanselaboratorium for tuberkulosebakterier er opprettet ved Statens institutt for folkehelse. Ny forskrift om bekjempelse av skadedyr trådte i kraft 01.01.01.

Kompetanseoppbygging ved Folkehelse innen dette området av smittevernet ble startet opp i 2001.

3. Tilstandsvurdering

HIV/AIDS-epidemien

Per 31.12.2000 var det i Norge diagnostisert 2194 HIV-positive i Norge, 1583 menn og 611 kvinner. De siste to årene har antall diagnostiserte HIV-positive i Norge økt fra i gjennomsnitt 105 i femårsperioden 1994-98 til 147 i 1999 og 177 i 2000. Dette skyldes i hovedsak en økning i antall HIV-positive innvandrere som kommer til Norge, særlig fra land i Afrika, men også et økende antall HIV-positive (flestepart kvinner) fra Sørøst-Asia. Det er de siste 10 år ikke påvist noen sikker økning av HIV-smitte blant personer bosatt i Norge. Imidlertid ble det i 2000 oppdaget et høyere antall som var heteroseksuelt smittet mens de bodde i Norge. Dette kan være et tegn på økende HIV-smitte i denne gruppen. Rundt 75% av personene diagnostisert i Norge i 2000 var smittet i utlandet. 60% av de diagnostiserte var personer av utenlandsk herkomst som var smittet før de kom til Norge. Den dramatiske HIV-smittesituasjonen globalt, særlig i Afrika og Sørøst-Asia preger dermed i økende grad den norske HIV-epidemien.

I praksis er det seksuell smitte og smitte ved bruk av urent injeksjonsutstyr blant stoffmisbrukere som har kvantitativ betydning for HIV-epidemien i Norge. Det er kun påvist et smittetilfelle i Norge ved blodtransfusjon etter 1986 og HIV-smitte til barn i forbindelse med svangerskap og fødsel skjer sjelden i Norge.

Fra midt på 90-tallet har det vært et markant fall i antall nye AIDS-tilfeller og antall dødsfall av AIDS i Norge. Utviklingen tilskrives mer effektive behandlingsformer mot HIV-infeksjonen som ble tilgjengelig fra 1996. Nedgangen i AIDS har særlig kommet blant HIV-positive som har vært kjent med sin HIV-infeksjon, mens andelen som debuterer med AIDS uten at HIV-infeksjonen er kjent på forhånd har økt og har de siste tre år utgjort 54% av AIDS-tilfellene.

Smittevern generelt

Smittsomme sykdommer er fremdeles under bedre kontroll i Norge enn i de fleste andre land. God personlig hygiene, vaksinasjon, sunt kosthold og trygge næringsmidler vil bidra til å bevare denne gunstige situasjonen. I Nordens østlige nærområder foreligger en økning av seksuelt

overførbare sykdommer. Sykehusinfeksjoner og smittestoffers resistens mot antibiotika er en vedvarende trussel. En indikator på dette er at det i 2000 ble registrert 67 tilfeller av infeksjoner forårsaket av meticillinresistente gule stafylokokker. Dette er et lavt tall i forhold til nesten alle andre land, men klart høyere enn vi har hatt i Norge tidligere. Økende grad av industriell næringsmiddelproduksjon, samt økende internasjonal handel med næringsmidler gir økt risiko for næringsmiddelbårne infeksjoner. Fortsatt erverves 80-90 prosent av alle salmonellainfeksjoner i utlandet, men for enkelte salmonellavarianter er andelen smittet i Norge klart økende. Det samme gjelder forekomsten av campylobacterinfeksjoner som har vist en foruroligende økning uten at en kjenner årsaken til dette. Alvorlige pneumokokk- og streptokokkinfeksjoner har 2000 holdt seg på et stabilt, men meget høyt nivå.

4. Satsingsområder og mål for 2002

Ny strategiplan for forebygging av HIV-infeksjon og seksuelt overførbare sykdommer

Departementet utarbeider en ny strategiplan for forebygging av HIV og seksuelt overførbare sykdommer som skal gjelde fra 2002. Det tas sikte på å lansere den nye strategiplanen på Verdens AIDS-dag 1. desember 2001.

HIV-infeksjon og seksuelt overførbare sykdommer medfører alvorlige konsekvenser både for individ og for samfunn. Den som smittes risikerer alvorlige komplikasjoner i form av til dels alvorlige opportunistiske infeksjoner, psykososiale problemer, og at livet forkortes. I tillegg til disse komplikasjonene kan personer med HIV utsettes for stigmatisering og diskriminering. For samfunnet innebærer dette betydelige kostnader både for tjenesteapparatet og folketrygden. Disse konsekvensene tilsier at det er fortsatt behov for et statlig engasjement for å bidra til at smitte med HIV og seksuelt overførbare sykdommer holdes på et lavest mulig nivå.

Å sørge for gode levekår for personer med HIV og AIDS er samtidig en sentral forebyggingsstrategi. På oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet og Pluss-LMA gjennomfører FAFO en levekårsundersøkelse blant personer med HIV og AIDS. Den vil foreligge sommeren 2002.

Smittevern

I forbindelse med fredstidskriser, krigshandlinger, masseturisme og økt migrasjon vil forekom-

sten av smittsomme sykdommer i Norge raskt kunne endres. Innenfor feltet antibiotikaresistens vil en viktig oppgave i 2002 være å følge opp Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens. Oppfølging av Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa blir også prioritert. Det tas videre sikte på å iverksette en ny forskrift om tuberkulosekontroll i 2002. Siktemålet med den nye forskriften er å gjøre tuberkulosekontrollen mer målrettet. Det legges videre opp til en styrking av spesialisthelsetjenestens og kommunens kompetanse på tuberkulosekontroll.

Regjeringen har også satset 20 mill. kroner i 2001 på smittevern i nærområdene i øst, gjennom Aksjonsgruppen for smittevern i Østersjøregionen, som ble opprettet under det norske formannskapet i Østersjørådet i 2000. Arbeidet omfatter samarbeid innen tuberkulosebekjempelse, HIV forebygging og arbeid mot økende resistens mot antibiotika. Dette arbeidet videreføres i 2002, jf. omtale under kap. 197, post 70 i Utenriksdepartementets budsjettproposisjon.

Post 71 Tilskudd til opplysningstiltak, forebygging av uønskede svangerskap m.v

Posten benyttes til oppfølging av Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 1999-2003, herunder Innst. S. nr. 213 (1995-96) til St.meld. nr. 16 (1995-96) Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd m.v., og hjelpetelefonene. Posten foreslås redusert med 2 mill. kroner ved at tilskuddsordningen for abortforebyggende tiltak ikke følges opp i 2002, da Statens helsetilsyn har uttalt at tiltakene dekkes tilfredsstillende gjennom Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 1999-2003. Senter for samfunnsforskning (SEFOS), UiB evaluerte denne tilskuddsordningen i 2000, og konkluderte med at potensialet for ordningen synes å være mindre enn antatt, og at tiltakene som støttes også kan ivaretas gjennom handlingsplanen. Det foreslås bevilget til sammen 17,2 mill. kroner til ovennevnte formål i 2002.

1. Formål og hovedprioriteringer

De overordnede målene for arbeidet med å forebygge uønskede svangerskap og abort er at abortraten skal reduseres, og at alle skal ha et best mulig utgangspunkt for å velge ønskede svangerskap gjennom god kunnskap om samliv, seksualitet, prevensjon og graviditet.

2. Resultatrapport 2000/2001

Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 1999-2003

Mål og innsatsområder for handlingsplanen bygger på resultater fra nyere forskning, utvikling i aborttallene og erfaringer fra det forebyggende arbeidet på 1990-tallet. Hovedinnsatsen i planen er rettet mot å forebygge uønskede svangerskap fordi det er her potensialet for forebygging er størst, men det blir også lagt vekt på å forebygge abort gjennom å sikre gode rutiner for informasjon, og ved å sikre at det finnes et godt tilbud om veiledning til de som ønsker det.

Ungdom og unge voksne og grupper med særskilt risiko for uønskede svangerskap og abort er hovedmålgruppene for arbeidet med å forebygge uønskede svangerskap. Det styrende prinsippet skal være at målgruppene skal ha et best mulig utgangspunkt for å velge ønskede svangerskap. Når det gjelder forebygging av abort er målgruppen samtlige gravide, spesielt kvinner og par som vurderer abort. De sentrale innsatsområdene er i 2001 fulgt opp av Helsetilsynet med følgende tiltak:

- Veiledningsopplegg om småbarns seksualitet er distribuert til helsestasjoner og barnehager
- Skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom har flere steder styrket sin innsats i samlivs- og prevensjonsundervisningen for skoleelever. Veiledningstilbudet for gutter er styrket
- Kompetansehevings- og veiledningstiltak er gjennomført for ansatte ved helsestasjon for ungdom, funksjonshemmede og innvandrere/ungdom. Informasjonstiltak er utviklet for samisk ungdom
- Gjennomført reseptfritak på nødprevensjon og gitt tilbud om gratis kondomer til helsestasjon og ungdom.
- Utformet tiltak for styrking av prevensjonsveiledning til kvinner som gjennomfører svangerskapsavbrudd og for sikring av likhet i sykehusenes praktisering av svangerskapsavbrudd før og etter 12 uke.

Som oppfølging av St. meld. nr. 16 (1995-96) – Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd mv. – er prosjektet «Forsøk med samlivs- og prevensjonsveiledning i kommuner 1997-2000» gjennomført av Sintef Unimed i Trondheim. Det overordnede målet med forsøket var å redusere antall uønskede svangerskap og aborter og bidra til økt

ansvarsbevissthet hos de unge. Helsesøstre og jordmor i forsøket har hatt rekvireringsrett for lavdoserte p-piller som er blitt udelt gratis.

Forsøket har vist følgende:

- unge kvinner som får økt tilgjengelighet til prevensjonsveiledning utenfor legekantorene benytter seg i meget stor grad av dette. Antall brukere ved helsestasjonene for ungdom i forsøkskommunen Trondheim ble 3-4 doblett under forsøket, mens antallet brukere ved helsestasjonen for ungdom i kontrollkommunen økte med 1/10.
- når ansatte ved helsestasjonene får nødvendig kompetanse og ressurser for å gjennomføre prevensjonsveiledning så når de frem til en gruppe kvinner som i liten grad søker legetjenesten for prevensjon.
- med stor kvalitativ og kvantitativ innsats kan man redusere aborttallene med økt tilgjengelighet til prevensjon. Den relative reduksjonen på 34% i svangerskapsavbrudd og 24% i fødsler, som er målt mellom forsøkskommunen og kontrollkommunen for aldersgruppen 17-19 år, viser en klar effekt av den store aktiviteten som har pågått ved helsestasjonene i forsøkskommunen.
- gratis p-piller har ikke vist økning i seksuelt overførte sykdommer målt ved klamydiainfeksjoner blant deltakerne i prosjektet.
- helsesøstre/jordmødre trenger etterutdanning for å tilegne seg den kompetansen som kreves for å bli kvalitativt gode prevensjonsveiledere.

Departementet har videre fulgt opp:

- informasjonsbrosjyrene om abortloven m.v. er supplert med to nye brosjyrer om henholdsvis ultralyd og genetisk fosterdiagnostikk
- ressursboken «Samliv og seksualitet» – veiledningsmateriell til lærere i ungdomsskolen og videregående opplæring er sendt skolene ved skolestart høsten 2001. Landets helsestasjoner får også tilsendt boken.
- utvikling av informasjonsskriv om samliv og seksualitet til ungdom og foreldre er planlagt utarbeidet i 2001.

Oppfølging av kvinner som har repeterende aborter kartlegges av Sintef Unimed. Kartlegging er gjort i forhold til fastlegene og skal gjøres i forhold til sykehusene. En brukerundersøkelse om ønskelig informasjon og veiledning i forbindelse med abort er gjennomført. Rapporten vil foreligge innen utgangen av 2001.

Hjelpetelefonene

Suss-telefonen for ungdom når ut til en stor ungdomsbefolkning over hele landet og gir opplysning om blant annet samliv, seksualitet og prevensjon. Telefonen er gratis og anonym og betjenes av kvalifisert personell med høy faglig kompetanse.

Hovedtrekkene ved SUSS-telefonen i år 2000 har vært en relativ økning av samtaler om prevensjon og en prosentvis økning av kliniske samtaler. Det har vært flere henvendelser fra gutter og fra unge som tilhører etniske minoritetsgrupper. Til Telefon for seksuell helse har det i år 2000 vært en økning i samtaler på 70 pst. Flere unge og flere kvinner har ringt inn og samtalene har fra innringernes side vært markert mer målrettet mot telefonens hovedsatsningsfelt prevensjon, reproduksjon og seksuelt overførbare sykdommer, og mindre av useriøse telefonhenvendelser.

3. Tilstandsvurdering

Utviklingen i aborttallene

I 2000 ble det utført 14 635 svangerskapsavbrudd. Dette er 356 flere enn året før. Økningen har vært sterkest i de yngste aldersgruppene. Blant 15 – 20-åringer var det 20 svangerskapsavbrudd per 1 000 kvinner, mens raten lå på 18-19 gjennom hele 1990-tallet. Dette tallet har ikke vært høyere siden 1990. Selv om antall svangerskapsavbrudd per 1 000 kvinner er høyere i år 2000 enn på andre halvdel av 1990-tallet, er raten likevel lavere enn på 1980-tallet.

4. Satsingsområder og mål 2002

Plan for virksomheten i 2001 bygger på innsatsområdene i handlingsplanen med vekt på tiltak som kan medvirke til en fortsatt nedgang i aborttallene blant ungdom og unge voksne, og spesielt på tiltak som kan styrke sårbare grupper:

- Statens helsetilsyns prioriterte tiltak er blant andre:
- Videreføre stimuleringstiltak for å fremme samarbeidet mellom skole, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom i kommunene
- Videreføre målrettede tiltak for å bevisstgjøre på sikker prevensjon og på bruk av sikre prevensjonsmetoder for jenter
- Tiltak for å ruste opp helsestasjon for ungdom i metoder for tidlig intervensjon til særlig sårbare ungdomsgrupper og ungdom i krise.

- Oppfølging av undersøkelser som belyser svangerskapsavbrudd blant innvandrerkvinner
- Videreføring av arbeid med informasjons- og veiledningstilbud til ungdom og unge voksne med ikke-vestlig kulturbakgrunn.

Som oppfølging av «Forsøk med samlivs- og prevensjonsveiledning i kommuner 1997-2000» foreslås det innført et landsomfattende lavterskeltilbud med prevensjonsveiledning og gratis p-piller for å forebygge uønskede svangerskap og abort blant tenåringsjenter. Tilbudet gjelder for jenter i aldersgruppen 16-19 år som i liten grad søker legetjenesten for prevensjon. Som ledd i satsingen foreslås det at helsesøstre og jordmødre skal få etterutdanning i samlivs- og prevensjonsveiledning. Det foreslås også å gi helsesøstre og jordmødre varig rett til å foreskrive p-piller og det arbeides i denne forbindelse med en forskriftsendring. Utgifter ved å gjøre p-piller gratis for jenter i aldersgruppen 16-19 år anslås til 7 mill. kroner i 2002 og forutsettes dekket gjennom en tilsvarende innsparing for de regionale helseforetakene og til sykehusbehandling.

Post 72 Stiftelsen AAN – Alternativ til abort i Norge

AAN er en privat stiftelse som arbeider etter målsettingen å verne det ufødte liv ved å tilby rådgivning, hjelp og støtte til kvinner eller par som er blitt uønsket gravide. AAN har landskontor i Oslo og 19 rådgivningskontorer med ansatte rådgivere og frivillige som bidrar til nå organisasjonens mål.

AAN hadde i 2000 et budsjett på til sammen 15 775 886 kr. Av inntektene utgjør offentlig støtte ca 92 pst og private gaver og andre inntekter utgjør ca 8 pst. Det statlige tilskuddet ble gitt som rundsumtilskudd. AAN vektlegger å være et rådgivningskontor for gravide, og samtaletilbudet er rettet mot kvinner eller par både før og etter valg om abort eller gjennomføring av svangerskap. AAN tilbyr gruppetilbud og praktisk hjelp som stort sett er tiltenkt kvinner som velger å fullføre svangerskapet, og det er frivillige som står for aktivitetene.

AAN ga 9 008 konsultasjoner i år 2000. Totalt kontaktet 6 672 brukere AAN, som er en nedgang på ca 6,7 pst sammenliknet med 1999. Av disse ønsket 6 267 individuelle samtaler, mens de øvrige benyttet gruppetilbudene. Antall menn som har søkt veiledning har økt med 1 pst, dvs fra 846 i 1999 til 855 i 2000. Oslokontoret hadde flest

brukere, etterfulgt av Rogaland, Hordaland og Vestfold.

Det foreslås å bevilge 12,1 mill. kroner til AAN i 2002.

Programkategori 10.30 Spesialisthelsetjenester

Under denne programkategorien omtales de generelle virkemidlene for den samlede spesialisthelsetjeneste, herunder også psykisk helsevern. For de spesielle virkemidlene for psykisk helsevern vises til omtale under programkategori 10.40 Psykisk helse.

De overordnede målsetningene for spesialisthelsetjenesten er:

- skape trygghet for at hjelp og behandling er tilgjengelig når sykdom rammer og funksjonsevnen svikter
- tilby en tilstrekkelig behandlingsskapasitet innenfor spesialisthelsetjenesten
- sikre en god kvalitet på disse tjenestene
- forbedre omstillingsevne og fleksibilitet for å møte utfordringene med nye behandlingsmetoder og økende forventninger til hva sektoren kan levere

Stortinget har sluttet seg til regjeringens forslag om at staten fra årsskiftet skal overta eieransvaret for spesialisthelsetjenesten i Norge og organisere denne som helseforetak. I henhold til ny lov om helseforetak er det opprettet ett regionalt helseforetak med ansvar for sykehus og annen spesialisthelsetjeneste i hver av de fem helseregionene.

De regionale helseforetakene har følgende betegnelser:

Helse Nord RHF, forkortet til Helse Nord
Helse Midt-Norge RHF, forkortet til Helse Midt-Norge
Helse Vest RHF, forkortet til Helse Vest
Helse Sør RHF, forkortet til Helse Sør
Helse Øst RHF, forkortet til Helse Øst

I Ot.prp. nr.66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m. er det lagt til grunn at dagens finansierungsordninger i hovedsak skal videreføres i 2002. Dette innebærer at sektorens andel av fylkeskommunenes frie inntekter og bevilningene til dagens statssykehus tilføres de regionale helseforetakene, jf. kap. 732 Regionale helseforetak, og at de fleste av dagens øremerkede ordninger videreføres i 2002. Dette innebærer bl.a. at utstyrsplanen, kreftplanen og Opptappingsplanen for psykisk helse følges opp. Den viktigste endringen er

at de regionale helseforetakene blir tilskuddsmottaker for de fleste tilskuddene.

Regjeringen har en klar ambisjon om at behandlingsskapasiteten også skal økes i 2002. Dette er viktige tiltak i forhold til målsetting om å fjerne unødig ventetid for pasientene. Bevilningene til sykehusbehandling er her foreslått økt med til sammen 1,5 mrd. kroner i faste priser i forhold til saldert budsjett for 2001. De regionale helseforetakene skal med denne satsingen få et finansielt grunnlag for å videreføre og øke aktiviteten fra 2001. Satsingen i dette budsjettet skal isolert sett kunne gi grunnlag for en samlet aktivitetssøkning i spesialisthelsetjenesten på 1 til 2 prosent. Gjennom å effektivisere ressursbruken kan aktivitetsveksten bli mer enn dette.

Det er også lagt inn dekning for økt gjennomsnittlig refusjon i ISF-ordningen, tilsvarende 1 pst., med 100 mill. kroner. Dette skal ta høyde for at pasientene kan bli mer ressurskrevende i gjennomsnitt.

I forbindelse med Stortingets behandling av kommuneproposisjonen for 2002 ble det vedtatt å trekke ut omlag 800 mill. kroner mindre fra fylkeskommunenes økonomiske rammer enn spesialisthelsetjenesten antas å koste. Det foreslås avsatt 800 mill. kroner til inndekning av dette beløpet for de regionale helseforetakene. Det knytter seg usikkerhet til hva som er det faktiske kostnadsnivået for spesialisthelsetjenesten ved inngangen til 2002.

Gjennom opplegget for overføring av spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunen til staten, overtar staten pensjonsordningen for denne sektoren slik som fylkeskommunene i dag har den. Kommunaldepartementet har mottatt brev fra Kommunenes Sentralforbund av 10. september 2001 om pensjonsutgifter for kommunesektoren for 2002. I brevet vises det til at kommunene må regne med betydelige merutgifter (anslagsvis 3,5 mrd. kr.) til pensjon neste år. Det knytter seg blant annet til at finansavkastningen i Kommunal Landspensjonskasse (KLP) og andre livsselskaper har vært lav de siste 18 månedene og at finansavkastningen i tiden fremover er høyst usikkert. En eventuell merutgift til pensjoner vil også ramme de statlige helseforetakene i 2002.

Det vises her også til omtale av saken i St.prp. nr. 1 (2001-2002) fra Kommunal- og regionaldepartementet. Der understrekes at når det i 2001 er blitt gitt kompensasjon til kommunesektoren for merutgifter knyttet til pensjon (bl.a. til barne- og etterlattepensjon), så skyldes dette merutgifter som følger av stortingsvedtak. Merutgifter som kommunesektoren får som følge av sviktende finansavkastning i livselskapene vil dermed komme i en annen kategori. Det er i kommuneopplegget for 2002 ikke innarbeidet kompensasjon for merutgifter kommunesektoren eventuelt vil få som følge av sviktende finansavkastning. Eventuelle merkostnader vil derfor måtte dekkes inn av kommunesektor eller av selskapene. Størrelsen på merkostnadene som kommunesektoren står overfor i 2002 som følge av sviktende finansavkastning i livselskapene er likevel av en slik

størrelsesorden at det vil være behov for drøftinger mellom stat og kommunesektor om hvordan kommunesektoren skal håndtere disse merkostnadene. I denne sammenheng vil det også være naturlig å vurdere samme problemstilling for de regionale helseforetakene. Regjeringen tar sikte på å ha en bred gjennomgang av kommunesektorens pensjonsutgifter i RNB 2002.

Sosial- og helsedepartementet er i ferd med å evaluere lov 5. august 1994 nr. 56 om medisinsk bruk av bioteknologi. Resultatet av denne evalueringen var opprinnelig planlagt fremlagt for Stortinget i en odelstingsproposisjon i løpet av 2001. Blant annet på grunn av arbeidet med den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten, har arbeidet med evalueringen av bioteknologiloven måtte utsettes noe slik at det nå tas sikte på fremliggelse for Stortinget i løpet av vårsesjonen 2002.

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
0730	Statlig helsetjeneste	17 422 384	18 596 200	18 685 000	0,5
0731	Rikshospitalet	1 242 528	1 015 100		-100,0
0732	Regionale helseforetak			28 906 000	
0733	Nasjonalt råd for spesialist- utdanning av leger og legefordeling	4 859	4 700		-100,0
0734	Det norske Radiumhospital	290 200	298 600		-100,0
0735	Statens senter for epilepsi (jf. kap. 3735)	135 230	131 300		-100,0
0737	Barnesykehus (jf. kap. 3737)	44 060	43 900		-100,0
0738	Helsetjenesten på Svalbard (jf. kap. 3738)	13 471	12 500		-100,0
0739	Andre utgifter	814 377	937 750	1 526 200	62,8
	Sum kategori 10.30	19 967 109	21 040 050	49 117 200	133,4

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert budsjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
01-23	Statens egne driftsutgifter	265 421	274 070	308 000	12,4
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	2 809	3 580		-100,0
50-59	Overføringer til andre statsregnskap	1 556 028	1 348 300	37 400	-97,2
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	18 041 589	19 289 500	36 000	-99,8
70-89	Andre overføringer	101 262	124 600	48 735 800	39 013,8
	Sum kategori 10.30	19 967 109	21 040 050	49 117 200	133,4

Kap. 0730 Statlig helsetjeneste

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert budsjett 2001	Forslag 2002
60	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	11 931 136	12 422 000	
61	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus m.v., <i>overslagsbevilgning</i>	2 966 286	3 173 500	
62	Tilskudd til regionsykehus	1 781 470	1 870 000	
63	Refusjon godkjente kapitalutgifter	283 378	290 500	
64	Tilskudd til utstyr på sykehus, <i>kan overføres</i>	376 398	764 000	
66	Helseregionale og andre samarbeidstiltak, <i>kan overføres</i>	39 445	30 000	
67	Andre tilskudd	44 271	46 200	
70	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>			13 250 000
71	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus m.v., <i>overslagsbevilgning</i>			3 450 000
72	Tilskudd til regionsykehus			1 985 000
	Sum kap 0730	17 422 384	18 596 200	18 685 000

Overført fra 2000 til 2001.
Post 64: 1 768 000 kroner

Post 66: 490 000 kroner

Post 60 Innsatsstyrt finansiering av sykehus, post 61 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus m.v. og post, 62 Tilskudd til regionsykehus

Bevilgningsforslagene er ført opp under nye poster 71, 72 og 73.

Post 63 Refusjon godkjente kapitalutgifter

Det foreslås ingen bevilgning under post 63 for 2002.

Denne finansieringsordningen bortfaller fra 2002. Det er imidlertid vedtatt en overgangsbestemmelse som sikrer private sykehus fortsatt dekning av utgifter i henhold til tidligere godkjente byggearbeider. Disse midlene utgjør 8,8 mill. kroner og foreslås fra 2002 lagt inn i rammen på kap. 732 Regionale helseforetak, post 70 Tilskudd til helseforetakene.

Post 64 Tilskudd til utstyr på sykehus*1. Formål og hovedprioriteringer*

I forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 61 (1997-98) Om Nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus, jf. Innst. S. nr. 226 (1997-98), ble det vedtatt en plan for å bedre utstyrssituasjonen ved norske sykehus. Det ble etablert en statlig refusjonsordning der det innenfor en statlig bevilgningsramme på 2 960 mill. kroner, skulle gis statlig refusjon til fylkeskommunene på bakgrunn av innsendte regnskap over investeringer i medisinsk-teknisk utstyr og IT-utstyr etter nærmere regler. Planen ble vedtatt å gjelde for perioden 1998-2002. Staten skulle dekke 60 pst. av de fylkeskommunale utgiftene til medisinsk teknisk utstyr og IT i 5-årsperioden.

2. Resultatrapport 2000

I alt 376 mill. kroner ble utbetalt i 2000 som statlig refusjon basert på revisor attesterte regnskap for 1999. Den fylkeskommunale egenandelen på 40 pst. utgjorde 250 mill. kroner. Maksimal ramme for statlig refusjon for investeringer foretatt i 2000 med utbetaling i 2001 er 764 mill. kroner. På grunnlag av revisor attesterte regnskap fra fylkeskommunene vil om lag 640 mill. kroner bli utbetalt i 2001 på grunnlag av investeringer foretatt i 2000. Den fylkeskommunale egenandelen vil utgjøre om lag 426 mill. kroner.

3. Budsjettforslag 2002

Det foreslås ingen bevilgning under post 64 for 2002. Ved etablering av statlige regionale helseforetak fra 1. januar 2002 foreslår departementet at midler over denne posten legges inn i budsjett-rammen til de regionale helseforetakene, kap. 732, post 70.

Plan for utstyrsinvesteringer i norske sykehus er utformet som en statlig refusjonsordning, der staten dekker 60 pst. av dokumenterte anskaffelser i fylkeskommunene. Fylkeskommunene forskutterer de statlige tilskuddene til utstyrsplanen. Dette innebærer at fylkeskommunene i 2002 har krav på å få dekket utgifter knyttet til utstyrsplanen i 2001. Saken er teknisk håndtert ved at det er lagt inn 764 mill. kroner på kap. 573, post 60 Sletting av gjeld i St prp nr 1 (2001-2002) for Kommunal- og regionaldepartementet. En vil måtte komme tilbake til nivået på bevilgningen i Revidert nasjonalbudsjett, når det blir klart hvor store fordringer fylkeskommunene faktisk vil ha.

Det er blitt gjennomført betydelige utstyrsinvesteringer i sykehussektoren i 2001, og utstyrsplanen inneholdt opprinnelig et nivå på utstyrsinvesteringene på omlag 1,3 milliarder kroner i 2002, hvorav om lag 780 mill. kroner i statlige tilskudd. Med bakgrunn i helseforetaksreformen samles i stedet nå alle investeringer til utstyr på de regionale foretakenes hånd, og statens bevilgning til utstyr på kap. 730, post 64 foreslås lagt inn i budsjett-rammen til de regionale helseforetakene, jf. kap. 732, post 70.

Det blir en sentral oppgave for de regionale helseforetakene å danne seg en oversikt over investeringsbehovet i sykehusene og foretatte investeringer i 2001. Departementet foreslår derfor at 200 mill. kroner av statens bevilgninger til utstyrsplanen utsettes til 2003. Bevilgningen til utstyr for 2002 settes dermed 200 mill. kroner lavere enn opprinnelig planlagt i utstyrsplanen. Dette gir de nye regionale helseforetakene bedre tid til å avklare ressursbehov og foreta prioriteringer.

I tillegg foreslås det bevilget 1 mill. kroner til oppfølging og evaluering av kreft- og utstyrsplanen over kap 739, post 21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren.

Stortinget har i forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett for 2001 (jf. St.prp. nr. 84 (2000-2001)) vedtatt at det skal iverksettes et nasjonalt prosjekt for å styrke samordningen av IT-investeringer i helsesektoren. I den forbindelse foreslås 40 mill. kroner overført fra kap. 730, post

64 til kap. 732 Regionale helseforetak, post 21 IT og elektronisk samhandling.

Det foreslås også å overføre 10 mill. kroner fra kap. 730, post 64 til kap. 732, post 21 IT og elektronisk samhandling m m, til en nasjonal informasjonssentral for fritt sykehusvalg og ledig behandlingsskapasitet. Se nærmere omtale under nevnte kapittel/post.

Post 66 Helseregionale- og andre samarbeidstiltak

1. Formål og hovedprioriteringer

Målet med helseregionalt samarbeid har vært å oppnå økt kvalitet og en bedre utnyttelse av behandlingsskapasiteten i spesialisthelsetjenesten gjennom en mer effektiv og bedre regional samordning av sykehusstrukturen. Fylkeskommunene har samarbeidet i de regionale helseutvalgene for å samordne spesialisthelsetjenestene innenfor og på tvers av fylkesgrensene.

2. Resultatrapport 2000

Midlene til statlig styring er bl.a. benyttet til departementets oppfølging av arbeidet i helseregionene, utvikling av en database for regional styringsinformasjon og til samordning av regionsykehustilbudet i Oslo. Databasen for regional styringsinformasjon ble tilgjengelig på internett fra 1. mars 2000. Helseregionene har i 2000 utarbeidet regionale helseplaner, samt forankret disse politisk i fylkeskommuner og regioner. Det foreligger en evaluering av prosessen frem mot vedtak av planene i de regionale helseutvalgene. Evalueringen konkluderer med at planene utgjør et skritt i retning av regional samordning, men at fylkeskommunene fortsatt har primær fokus på egen virksomhet.

Tilskuddet til Nasjonalt senter for telemedisin ble benyttet til å etablere senteret som et nasjonalt kompetansesenter. Tilskuddet til Nordnorsk helsenett er benyttet til å bygge infrastruktur mellom sykehus og legekantor. Flere telemedisinske tjenester ytes i nettet.

3. Tilstandsvurdering

Evalueringen av de regionale helseplanene vil bli omformet til en evaluering av den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten som innføres 1. januar 2002 (jf. Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m., pkt. 2.7.4).

De regionale helseplanene som ble vedtatt i mars 2001 vil være viktige grunnlagsdokumenter i den videre planleggingen av spesialisthelsetjenesten. Planene gir oppdaterte analyser av regionens kapasitet og behov for spesialisthelsetjenester, samt reviderte planverk med forslag til tiltak av strukturell og faglig karakter. Planene vil likevel ikke være bindende for de nye regionale helseforetakene som vil overta ansvaret for å planlegge helsetjenestene for regionens befolkning.

Etter Stortingets vedtak ved behandlingen av St.meld. nr. 37 (1997-98) om ny *regioninndeling* på Sør-Østlandet, er det arbeidet med å samordne regionsykehustjenestene i Oslo. Fra januar 2000 ble det iverksatt et prøveprosjekt over to år med felles ortopediavdeling for Ullevål sykehus og Rikshospitalet. Det samlede statlige eieransvar ligger til rette for å kunne gjennomføre ønsket organisatorisk samordning. Arbeidet med samordning av regionsykehustjenestene blir etter statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten videreført i samarbeid med de regionale helseforetakene Helse Sør og Helse Øst.

4. Budsjettforslag 2002

Det foreslås ingen bevilgning under post 66 for 2002.

Midler til Nasjonalt senter for telemedisin på 26 mill. kroner og midler til Nordnorsk helsenett på 5 mill. kroner foreslås fra 2002 lagt inn i rammen til kap. 732 Regionale helseforetak, post 70 Tilskudd til helseforetakene.

Telemedisin

Stortinget fattet i forbindelse med Budsjett-innst. S. nr. 11 (1998-99) vedtak om å be Regjeringen vurdere særskilt bevilgning til etablering av et nasjonalt senter for telemedisin i forbindelse med revidert budsjett for 1999 eller statsbudsjettet for 2000. (jf. også enstemmig vedtak i Stortinget i forbindelse med interpellasjonsvedtak 12. januar 1999).

Sosial- og helsedepartementet foreslår å benytte 31 mill. kroner til videreutvikling av telemedisin, hvorav 26 mill. kroner som et statlig tilskudd til driften av nasjonalt kompetansesenter innen telemedisin i Tromsø, samt 5 mill. kroner til oppbygging av nettverk hvor primærhelsetjenesten trekkes inn. Forslaget innebærer en økning av tilskuddet til Nasjonalt senter for telemedisin på 1 mill. kroner i forhold til bevilgningen i 2001.

Tilskuddet på 26 mill. kroner skal sikre senteret en ledende posisjon internasjonalt, samtidig

som det skal bidra til å bygge opp en motor for å spre en strategisk bruk av IT og telemedisin i helsesektoren. Et velfungerende senter har et potensiale for næringsutvikling og knoppskyting som det er viktig å ivareta. Det forutsettes en viss grad av selvfinansiering gjennom prosjekter, og inntjening gjennom ulike næringsvirksomhet innenfor denne typen senter.

Nasjonalt senter for telemedisin er organisert som en egen avdeling ved Regionsykehuset i Tromsø. Det er etablert en nasjonal referansegruppe for å sikre senterets nasjonale arbeidsområde.

Tilskuddet på 5 mill. kroner foreslås nytt til å videreføre et prosjekt der Helse Nord defineres som en utviklingsregion for IT og telemedisinske tjenester. Dette utviklingsprosjektet bygger på og videreutvikler Nordnorsk helsenett.

Post 67 Andre tilskudd

Kompetansesenter for revmatikere ved Diakonhjemmet i Oslo, funksjonstilskudd

Rehabiliterings- og kompetansesenteret ved Diakonhjemmet er gradvis bygget opp siden 1. august 1999 med statlige bevilgninger. Senteret skal ivareta kompetanseoppgaver, landsfunksjoner og regionsfunksjoner for Helseregion øst.

Det forutsettes nært samarbeid med Senter for revmatiske sykdommer ved Rikshospitalet og de allerede etablerte tjenester for revmatikere ved Diakonhjemmet. Når det gjelder omfanget av samarbeid vises til omtale under kap. 730, post 66 Helseregionale- og andre samarbeidstiltak.

Det ble bevilget 5 mill. kroner til drift og støtte til senteret både i 1999 og i 2000. I 2001 utgjør bevilgningen til drift og støtte i alt 9,5 mill. kroner, hvorav 5,2 mill. kroner ble bevilget gjennom St.prp. nr. 84 (2000-2001) mot en tilsvarende reduksjon under kap. 730, post 62 Tilskudd til regionsykehus. Driften er foreløpig etablert i midlertidige lokaler.

For 2002 foreslås bevilget 4,3 mill. kroner til drift og støtte til investering av kompetansesenteret og tilskudd til landsfunksjoner i 2002. Midlene foreslås lagt inn i rammen til kap. 732 Regionale helseforetak, post 70 Tilskudd til helseforetakene.

Eventuell bevilgninger til et nytt tilbygg i tilknytning til Diakonhjemmet for Rehabiliterings- og kompetansesenteret vil bli vurdert innenfor investeringsrammen til de statlige helseforetakene.

Yrkesmedisinsk avdeling ved Telemark sentralsykehus

I 2001 ble det bevilget 3,1 mill. kroner til drift av yrkesmedisinsk avdeling ved Telemark sentralsykehus. For 2002 foreslås bevilget 3,1 mill. kroner til drift av avdelingen. Midlene foreslås lagt inn i rammen til kap. 732 Regionale helseforetak, post 70 Tilskudd til helseforetakene.

Trykkammerbehandling ved Vest-Agder sentralsykehus

I 2001 ble det bevilget 0,8 mill. kroner til drift av trykkammerbehandling ved Vest-Agder sentralsykehus. For 2002 foreslås bevilget 0,8 mill. kroner til drift av trykkammerbehandling. Midlene foreslås lagt inn i rammen til kap. 732 Regionale helseforetak, post 70 Tilskudd til helseforetakene.

Kompetansesenterer om aldersdemens

For 2001 ble det bevilget 6,5 mill. kroner. For 2002 foreslås bevilget 6,5 mill. kroner. Midlene foreslås lagt inn i rammen til kap. 732 Regionale helseforetak, post 70 Tilskudd til helseforetakene.

Kompetansesenter for aldersdemens ble etablert i 1997. Kompetansesenteret består av to enheter; én ved Ullevål sykehus – Klinikk for geriatri og rehabilitering – og én ved Vestfold sentralsykehus, avd. Granli.

Kompetansesenteret skal gjennom forsknings- og utviklingsarbeid videreutvikle og evaluere tilbudet for personer med demens og deres pårørende. Virksomheten skjer gjennom en vekselvirkning mellom utvikling av ny kunnskap, undervisning, råd og veiledning til helsesektoren.

Livshjelp

I 2001 ble det bevilget 5,0 mill. kroner til livshjelp. For 2002 foreslås bevilget 5 mill. kroner til livshjelp. Midlene foreslås lagt inn i rammen til kap. 732 Regionale helseforetak, post 70 Tilskudd til helseforetakene.

Livshjelpsutvalget, som har utredet behandling, pleie og omsorg til uhelbredelig syke og døende, avgå sin innstilling 20.01.1999.

Denne utredningen har vært på høring. Departementet la i St.meld. nr. 26 (1999-2000) Om verdier for den norske helsetenesta, fram de viktigste tilrådingene fra utvalget.

I 1999 ble det også etablert en takst for lindrende kreftbehandling i pasientens eget hjem. Det ble bevilget 5 mill. kroner både i 2000 og i

2001 til lindrende behandling ved andre sykdommer enn kreft. Bevilgningen foreslås videreført i for 2002. Disse er sett sammen med bevilgningen over kap. 739, post 65 (ny post 75) Kreftbehandling m.m. Lindrende behandling må også ytes til andre pasientgrupper enn kreftpasienter. Disse enhetene må styrkes slik at de kan utvikle kompetanse og tilby tjenester til de pasienter som har behov for lindrende behandling, uavhengig av diagnose.

Nasjonalt Ryggnettverk og landsfunksjon for kompliserte ryggsykdommer

For 2001 ble det bevilget 7,2 mill. kroner til formålet. For 2002 foreslås 7,2 mill. kroner bevilget til Nasjonalt Ryggnettverk og landsfunksjon for kompliserte ryggsykdommer. Midlene foreslås overført kap. 706 Sosial- og helsedirektoratet.

Nasjonalt Ryggnettverk er et tverrfaglig kompetanseforum og samarbeidsorgan for aktive ryggforskere og behandlere av pasienter med ryggglidelser. Nettverket ble opprettet av Sosial- og helsedepartementet i 1999. Formålet med ryggnettverket er å drive fagutvikling, bidra til forskning og heve kompetansen gjennom å fremme ny kunnskap om forebygging, diagnostikk, behandling og oppfølging, samt å formidle kunnskap og erfaringer til pasientene og alle ledd i utrednings- og behandlingsskjeden.

Ryggnettverket består av to enheter, Forskningsenheten ved Universitetet i Bergen og Formidlingsenheten ved Ullevål sykehus, i tillegg til en Rådgivningsgruppe som har representanter fra Rikstrykdeverket, Universitetene, NHO, LO, KS, Den norske lægeforening, Norsk kiropraktorforening, Norsk Fysioterapeuters Forbund, Ryggforeningen i Norge og Norsk forening for ryggforskning.

Arbeidet i 2000 var preget av at ryggnettverket var i en oppstartperiode. Etablering av samarbeid, forskningsprosjekter og implementering av kliniske retningslinjer for ryggbehandling, var sentralt. Det er også iverksatt arbeid med kartlegging av grunnutdanning vedrørende rygg og det er engasjert regionale ryggkoordinatører. Landsfunksjonen for kompliserte ryggsykdommer er etablert ved Regionsykehuset i Trondheim og skal finansieres over regionsykehustilskuddet.

I 2002 vil Nasjonalt Ryggnettverk arbeide videre med forskning og utvikling, samt implementering av kliniske retningslinjer for behandling. Senter for Helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo evaluerer arbeidet til Nasjonalt Rygg-

nettverk. Evalueringen vil foreligge i løpet av 2002.

Arbeidet med evalueringen av poliklinikktaktene som gjøres av Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning (SNF) i Bergen, forutsettes ferdig innen 1. mars 2002. Sosial- og helsedepartementet vil komme tilbake til evalueringen og konsekvensene for ryggbehandling.

Beredskaps- og ambulansetjeneste ved Oslo lufthavn, Gardermoen

For 2001 ble det bevilget 3,25 mill. kroner til formålet. For 2002 foreslås bevilget 3,25 mill. kroner. Midlene foreslås lagt inn i rammen til kap. 732 Regionale helseforetak, post 70 Tilskudd til helseforetakene.

I forbindelse med flytting av hovedflyplassen fra Fornebu til Gardermoen, har Akershus fylkeskommune i samarbeid med Ullensaker kommune og Oslo Lufthavn AS etablert en beredskapstjeneste ved flyplassen knyttet til drift av en transittstasjon for ambulansetjenesten.

Tjenesten er foreløpig opprettet som et prosjekt, hvor Sosial- og helsedepartementet står for finansieringen. Virksomheten vil bli evaluert høsten 2001.

Lærings- og mestringssenter for kronisk syke

For 2001 ble det bevilget 2,8 mill. kroner til formålet.

For 2002 foreslås 2,2 mill. kroner bevilget til det nasjonale kompetansesenteret ved Aker sykehus. Midlene foreslås overført til kap. 730, post 72 Tilskudd til regionsykehus. Det vises også til overføring fra kap. 674, post 21 Handlingsplan for funksjonshemmede til kap. 730, post 72 hvor 3,9 mill. kroner foreslås overført til samme kompetansesenter. Denne overføringen vil innebære en styrking av senterets oppgaver i forhold til arbeidet med familier med funksjonshemmede barn.

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom ble etablert i desember 2000 på Aker sykehus i Oslo.

Kompetansesenteret har følgende oppgaver;

- videreutvikle fagfeltet læring og mestring ved kronisk sykdom
- etablere nødvendige nasjonale og faglige standarder
- sikre nasjonal kompetanseoppbygging, nettverksbygging og spredning av kompetanse
- rådgivning og faglig støtte til andre sykehus m.m.

- delta i undervisning i grunn-, etter-, og videreutdanning
- følge nasjonal og internasjonal faglig utvikling innen fagfeltet
- etablere og kvalitetssikre registre innen fagfeltet

I 2000 mottok sentralsykehuset i Vest-Agder 300 000 kroner til prosjektet Lærings- og mestrings-senter. Aktiviteten i 2000 var preget av å være i etableringsfasen, med vekt på planlegging, utvikling av egen kompetanse, samt innsamling og formidling av informasjon. For 2001 ble det bevilget 600 000 kroner til prosjektet. Midlene foreslås ikke videreført i 2002.

Sykestuer

For 2001 ble det bevilget 6,0 mill. kroner til sykestuene i Finnmark. For 2002 foreslås bevilget 5,1 mill. kroner til fortsatt drift av de 42 sykestueplassene i Finnmark. Midlene foreslås lagt inn i rammen til kap. 732 Regionale helseforetak, post 70 Tilskudd til helseforetakene, som en interimløsning, inntil spørsmål om organisering og finansiering av driften av sykestuene er endelig avklart.

I Budsjett-innst. S. nr. 11 (1999-2000) ba Stortinget regjeringen om å bidra til at sykestuer som innehar akuttberedskap kunne opprettholde driften inntil akuttmeldingen ble behandlet, jf. St.meld. nr. 43 (1999-2000). I Innst. S. nr. 300 (2000-2001) viser sosialkomiteen til at departementet holder på med en utredning knyttet til mulighetene for å kunne inkludere de sykestuene som utfører spesialisthelsetjenester i ISF-ordningen fra 2002.

Alle landets sykestuer ble høsten 2000 bedt om å avlevere pasientdata fra den somatiske spesialisthelsetjenesten til Norsk Pasientregister (NPR). Pasientdataene fra sykestuene som NPR har mottatt er varierende både i kvantitet og kvalitet. Etter gjennomgangen av 1. og 2. kvartal 2001 synes det som om ISF-kodeverket ikke passer for bruk i sykestuer. ISF-ordningen er tilpasset den aktiviteten som skjer ved landets sykehus, og denne aktiviteten avviker vesentlig fra den aktiviteten som skjer ved sykestuene. NPR vil slutføre sine analyser i mars/april 2002, etter at behandlingen av data fra sykestuene for hele 2001 er bearbeidet. Sykestuene vil derfor ikke bli inkludert i ISF-ordningen fra 2002.

Departementet arbeider videre med å se på andre finansieringsløsninger, bl.a. sett i forhold til problematikken omkring grenseoppgangen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetje-

nesten. Som det vises til i St.meld. nr. 43 (1999-2000), med henvisning til Ot.prp. nr. 48 (1985-1986) Om sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjeneste, kan det være vanskelig å trekke noen klare linjer mellom funksjonene i sykehjemmene og sykestuene. Det er derfor flere forhold som må avklares nærmere før en permanent finansieringsløsning er på plass. Departementet finner det naturlig at kommuner som har særskilt erfaring med konkrete samarbeidsløsninger med spesialisthelsetjenesten på et tidlig tidspunkt inviteres til å delta i et utviklingsarbeid. Det er etablert kontakt mellom departementet og kommunene Borre og Sel med tanke på å drive fram demonstrasjonsprosjekter.

Støtte til seksuelt misbrukte barn

Midlene foreslås overført til kap. 743, post 70 Tilskudd til forskning, videre- og etterutdanning. Se nærmere omtale under kap. 743, post 70.

Post 70 Innsatsstyrt finansiering av sykehus (før post 60)

1. Formål og hovedprioriteringer

Innsatsstyrt finansiering (ISF) startet opp 1. juli 1997 og har virket i vel fire år. Hovedmålsettingen med finansieringsordningen er å øke aktiviteten ved landets somatiske sykehus på en effektiv måte. Økt aktivitet skal bidra til å redusere unødig ventetid til behandling. I forhold til tidligere rammefinansiering av sykehusene, stimulerer ISF sykehusene i større grad til å fokusere på kostnadsforhold og identifisere flaskehalser som er et hinder for effektiv pasientbehandling. Økning i utbetalingene skal avspeile en reell økning i behandlingsaktiviteten. Dersom det oppstår tvil om dette skal departementet legge saken frem for et rådgivende utvalg, det såkalte avregningsutvalget (se omtale nedenfor). Fra 2002 vil de regionale helseforetakene motta ISF-refusjonen.

Nærmere om finansieringsordningen

Opprinnelig omfattet finansieringsordningen kun pasienter som ble behandlet ved innleggelse. Fra 1. januar 1999 ble også pasienter behandlet med dagkirurgi og enkelte dagmedisinske prosedyrer inkludert i ordningen.

Behandlingen skal skje på oppdrag fra de regionale helseforetakene ved statlige eller andre offentlig godkjente somatiske sykehus og fødestuer. Etter at ISF ble innført i 1997 har tre nye

institusjoner fått godkjenning som offentlig sykehus. Dette gjelder Spesialistklinikken i Buskerud, Medi3 i Møre og Romsdal samt Ringvollklinikken i Østfold. Alle foreslås innlemmet i ISF ordningen fra og med 2002.

For 2002 foreslås det at de regionale helseforetakene også skal få ISF-refusjon når det kjøpes dagkirurgisk behandling hos privatpraktiserende avtalespesialister utenfor offentlig godkjente sykehus. I budsjettanslaget er det lagt til grunn at dette vil gi om lag 30 mill. kroner i økte ISF-refusjoner i 2002.

Innlemming av nye pasientgrupper og markerte kapasitetsutvidelser i ordningen, vurderes etter søknad og skal være gjenstand for godkjenning i departementet før eventuell innlemming i ISF.

Det er etablert et eget regelverk for finansierungsordningen. Regelverket revideres én gang i året. Retningslinjer for koding og refusjon vil bli beskrevet i dokumentet *«Innsatsstyrt finansiering 2002»*. Dokumentet erstatter tilsvarende dokument gjeldende for 2001: *«Innsatsstyrt finansiering 2001»*.

Avregningsprosedyrer

De regionale helseforetakene mottar a-kontoutbetalinger basert på innmeldte aktivitetsplaner og forventede refusjoner i driftsåret. Det vil i 2002 bli foretatt en foreløpig avregning etter at utbetalingsgrunnlaget for 2. tertial er gjennomgått av departementet. Endelig avregning vil bli foretatt våren 2003.

Det oppfordres til forsiktig inntektsføring av utestående ISF-refusjoner ved regnskapsavslutningen. Utbetalingsgrunnlaget er pasientdata innrapportert fra sykehusene. Departementet gjennomgår hvert tertial aktivitetstallene for å sikre at de er i tråd med gjeldende retningslinjer for ordningen. De regionale helseforetakene og sykehusene vil løpende få tilbakemelding om aktivitetstallene etter de tertialvise innrapporteringene.

Det rådgivende utvalget for ISF-registrering

Det forventes at retningslinjer for registrering av pasienter og medfølgende diagnoser blir lojalt fulgt opp av sykehusene. Det er imidlertid en gråsone mellom anbefalt kodingspraksis og klare brudd på retningslinjene i ISF. Det er de enkelte klinikker som fastsetter de diagnoser og prosedyrer som er grunnlag for utbetalingene i ISF. Under behandlingen av St.prp. nr. 47 (1999-2000) Om sykehusøkonomi og budsjett 2000, jf. Innst. S.

nr. 241 (1999-2000), sluttet Stortinget seg til regjeringens forslag om å opprette et uavhengig utvalg som skal gi råd til departementet når det foreligger tvil om utbetalingsgrunnlaget.

Utvalget har fått følgende endelige mandat:

«Utvalget skal gi Sosial- og helsedepartementet råd i spørsmål knyttet til utbetalingsgrunnlaget i innsatsstyrt finansiering. Grunnlaget for utbetalingene er behandlingsprosedyrer og koding av medisinske data fastsatt av den enkelte kliniker. Utvalget skal gi råd til departementet om utbetalingene i ISF er i tråd med intensjonene bak finansierungsordningen, eller om det er grunnlag for å foreta endringer i utbetalingene.»

Dette er et ikke-partssammensatt utvalg oppnevnt på faglig grunnlag. På bakgrunn av råd fra utvalget foretar departementet om nødvendig endringer i utbetalingsgrunnlaget til det enkelte regionale helseforetak.

De råd og anbefalinger avregningsutvalget har kommet med, har medført at departementet har oppjustert refusjonene til fire fylkeskommuner fra og med 2000, mens refusjonene til en fylkeskommune er blitt nedjustert med 1,2 mill. kroner i 2000.

Nye institusjoner i ISF

Sykestuer

I St.prp. nr. 1 for 2001 ble det vist til at departementet vurderer å innlemme spesialisthelsetjenesteden av sykestuene i ISF-ordningen fra 2002. På bakgrunn av studier utført av Norsk pasientregister har departementet besluttet at dette ikke vil bli iverksatt fra 2002. Det vises til nærmere redegjørelse under kap. 730, post 67 Andre tilskudd.

2. Resultatrapport 2000

Aktivitetsutvikling

Tabellen nedenfor viser utviklingen i antall opphold som ligger til grunn for ISF-utbetalingene i 1999 og 2000, samt prosentvis endring. Tabellen viser utviklingen for heldøgnsopphold, dagopphold og for totalt antall opphold. Et heldøgnsopphold defineres her som et sykehusopphold der pasienten overnatter på sykehuset. I tabellen er de polikliniske konsultasjonene som inkluderes i ISF inkludert i antall dagopphold. For nærmere omtale om poliklinisk aktivitet, se kap. 730, post 71 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus m.v.

Boks 14.1 Noen sentrale begrepsavklaringer innen ISF

DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. Alle DRGer (Diagnose Relaterte Grupper) har en kostnadsvekt (DRG-vekt) som uttrykker det relative ressursforbruk denne pasientgruppen har i forhold til gjennomsnittspasienten.

«Tunge» opphold (heldøgnsopphold) er mer ressurskrevende enn «lette» opphold (dagopphold). Heldøgnsopphold har dermed en tyngre kostnadsvekt enn dagopphold og fører til høyere ISF-utbetalinger.

Heldøgnsopphold står for om lag 90 pst. av utbetalingene i ISF mens dagopphold utgjør 10 pst. av utbetalingene. I 2000 var det en reduksjon på 0,4 pst. i antall heldøgnsopphold og en økning på 6,4 pst. i antall dagopphold. Dersom veksten i tjenesteproduksjon vektet i forhold til hvor stor betydning denne har for veksten i ISF-utbetalingene, gir dette isolert sett en vekst i utbetalingene på om lag 0,2 pst. i 2000. Når det i de årlige budsjettproposisjonene redegjøres for forutsatt aktivitetsvekst innenfor ISF-ordningen, er det slikt veid gjennomsnitt det siktes til.

Veksten i antall opphold på 1,8 pst er ikke et veid gjennomsnitt, og er derfor ikke direkte sammenlignbar med aktivitetsmålsettingen på 2 pst. som var forutsatt i St.prp. nr. 1 (1999-2000).

Vekst i antall opphold er imidlertid kun ett av elementene som fører til økte ISF-utbetalinger. Utbetalingene påvirkes i all hovedsak av tre faktorer:

- Antall sykehusopphold
- Gjennomsnittlig pasienttyngde
- Enhetspris

Endring i ISF-finansiert aktivitet totalt og fordelt på heldøgnsopphold og dagopphold 1999 og 2000

	1999	2000	1999-2000
Dagopphold	309 899	329 771	6,4
Heldøgnsopphold	656 336	653 869	-0,4
Totalt antall opphold	966 235	983 640	1,8

Kilde: SINTEF Unimed

Totalt ble aktivitetsveksten i 2000 om lag 1,8 pst. målt i totalt antall opphold. Det ble i St.prp. nr. 1 (1999-2000) lagt til grunn en målsetting om at veksten i aktivitet isolert sett skulle føre til en vekst i utbetalingene på 2 pst. Sammensetningen av aktivitetsveksten på 1,8 pst. i 2000 førte isolert sett til en vekst i utbetalingene på 0,2 pst. Se boks for nærmere redegjørelse.

Evaluering og videreutvikling av innsatsstyrt finansiering

Ulike sider ved innsatsstyrt finansiering evalueres løpende. Resultatene brukes også til å videreutvikle og oppdatere ordningen i takt med endrede forhold i sykehusene. Med de forandringer som hele tiden skjer i medisinsk teknologi og behandlingsmuligheter, er det et løpende behov for å videreutvikle finansierungsordningen og analy-

sere mulige virkninger ordningen kan gi. Evalueringen av ISF er videreført i 2001 med utgangspunkt i nyere data. En hypotese ved innføringen av ISF, var at dette kunne medføre at kronisk syke pasienter ble nedprioritert. Det er på bakgrunn av forskningsarbeid ikke grunnlag for å hevde at kronikeromsorgen på sykehus er blitt dårligere etter innføringen av ISF.

Det er videre foretatt analyser av utviklingen i forholdet mellom enhetspris og enhetskostnad fra 1998 til 1999. Analyse av utvikling i kostnadsnivå er problematisk pga endringene i ISF-ordningen i 1999. Analysene tyder på at enhetsprisen har økt mer enn enhetskostnaden fra 1998 til 1999.

Departementet arbeider i 2001 med en full gjennomgang av kostnadene ved de ulike behandlingsformer. Målsettingen med denne gjennomgangen er å sikre at ISF-systemet i størst mulig grad skal gjenspeile faktiske kostnader og reflek-

tere endringer som skyldes nye behandlingsmetoder og medisiner. Det tas sikte på at resultatet av dette arbeidet skal legges til grunn for ISF-refusjonene i 2002.

For å få belyst utviklingen i sykehusenes effektivitet på en tilfredsstillende måte, er det nødvendig å bruke ulike effektivitetsmål. Ett mål på effektivitet er såkalt teknisk effektivitet, hvor en i dette tilfellet har sett på forholdet mellom ressursinnsats og utviklingen i antall behandlede pasienter. Med ressursinnsats menes forbruk av legeårsverk, annen arbeidskraft og medisinerutgifter. Analysen viser at effektiviteten målt på denne måten har hatt en svak nedgang fra 1992 til 1996, den øker deretter fra 1996 til 1997 for så å flate ut fra 1997 til 2000. Samlet sett er den tekniske effektiviteten forbedret i perioden 1992 til 2000.

Et annet mål på effektivitet er såkalt kostnadseffektivitet, der en ser på forholdet mellom driftsutgifter og antall behandlede pasienter. Sistnevnte effektivitetsmål fanger bl.a. opp endringer i prisene knyttet til innsatsfaktorene, for eksempel økte lønnskostnader. Gjennomsnittlig kostnadseffektivitet viser en noe annen utvikling enn utviklingen i teknisk effektivitet. Fram til 1995 er det parallell utvikling i disse effektivitetsmålene. Kostnadseffektiviteten faller imidlertid betydelig i 1996, i særlig grad som følge av legeoppkjøret dette året som medførte betydelig økte lønnskostnader for sykehusene, men er deretter stabil fram til 1998 for så å synke betydelig i 1999. Nye analyser som departementet har mottatt indikerer en forbedring i kostnadseffektiviteten i 2000. Samlet sett har det imidlertid vært et fall i kostnadseffektiviteten i perioden 1992 til 2000.

Oppsummeringsvis er den første konklusjonen at det har vært en positiv utvikling i den samlede utnyttelsen av innsatsfaktorene som inngår i analysen. Den andre konklusjonen er at kostnadsnivået øker kraftig fra 1995 til 1997 og i 1999. Selv om kostnadseffektiviteten er forbedret i 2000 har det likevel for perioden 1992 til 2000 vært en negativ utvikling i kostnadseffektiviteten.

Bevilgningen på 2 mill. kroner til evaluering og videreutvikling av ordningen foreslås videreført i 2002.

3. Bevilgning 2001

Avregningsoppkjøret viser at a-kontoutbetalinger til fylkeskommunene for 2000 er 272 mill. kroner høyere enn det den endelige tjenesteproduksjonen gir grunnlag for. Dette motregnes mot a-kontoutbetalinger for 2001, og innebærer at

bevilgningen for 2001 som følge av dette kan settes ned tilsvarende. Dette er en engangseffekt.

I St.prp. nr. 1 (2000-2001) ble det lagt opp til en vekst i aktiviteten i sykehusene på 2 pst. fra 2000 til 2001. Den noe lavere aktiviteten i 2000 kan tilsi at aktivitetsnivået i 2001 er anslått noe for høyt. Bevilgningen ble derfor satt ned i 2001 med ytterligere 280 mill. kroner, til sammen 550 mill. kroner ifm. St.prp. nr. 84 (2000-2001) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2001. En har da opprettholdt forutsetningen om 2 pst. aktivitetsvekst fra 2000 til 2001, men nå beregnet fra et noe lavere aktivitetsnivå i 2000. Når en har valgt å opprettholde denne vekstforutsetningen til tross for at aktivitetsveksten fra 1999 til 2000 ble lavere enn forutsatt, må det bl.a. ses i lys av at det er holdepunkter for at sykehusene har en viss ledig kapasitet. SINTEF Unimed har foretatt en undersøkelse blant landets sykehus, der dette avdekkes. Undersøkelsen viser stor variasjon i kapasitetsreservene. Informasjon om tjenesteproduksjonen 1. tertial gir i tillegg grunnlag for å opprettholde vekstforutsetningene for 2001.

Utvikling i antall sykehusopphold 1. tertial 2001

Aktivitetstall for 1. tertial 2001 viser en vekst på landsbasis i totalt antall opphold på 3,7 pst fra samme periode i 2000. Det har vært en økning i dagopphold på 8,9 pst., og en økning i heldøgnsopphold på 1,2 pst. Det er store fylkesvise variasjoner i aktivitetsutviklingen i antall dagopphold, pasienter med én overnatting og pasienter med flere overnattinger. Et veid gjennomsnitt, der det tas hensyn til at dagopphold er mindre ressurskrevende enn døgnopphold (jf. boks foran), medfører en vekst på om lag 2 pst., eller om lag 16 000 gjennomsnittsopphold. Dette er i tråd med aktivitetsvekst.

4. Bevilgning 2002

I bevilgningsforslaget for 2002 på 13 250 mill. kroner er det forutsatt en fortsatt ytterligere vekst i aktiviteten fra 2001 på 1,5 pst., eller om lag 12 000 gjennomsnittsopphold.

For å utnytte samlet personellkapasitet, bedre pasientenes valgmulighet og bidra til økt pasientbehandling, foreslås det at dagkirurgisk behandling hos private avtalespesialister skal kunne utløse DRG-refusjon. Det forventes at en slik endring vil føre til økt aktivitet svarende til økte utbetalinger gjennom ISF-ordningen med om lag 30 mill. kroner.

Stortinget vedtok å endre finansieringen av hjemmedialyse ifm. St.prp. nr. 84 (2000-2001). Dette vil ventelig bidra til å redusere andelen pasienter som får dialyse på sykehus. Det vises for øvrig til omtale under kap. 730, post 71. Helårseffekten av dette har gitt grunnlag for å redusere bevilgningsforslaget med 19 mill. kroner.

Det er foreslått å innføre en ordning med stønad fra trygden til hoftebeskyttere for å forebygge lårhalsbrudd. Dette antas isolert sett å redusere behovet for sykehusinnleggelser. Anslaget er derfor foreslått nedjustert med 9,5 mill. kroner. Dette tilsvarer en reduksjon i ISF-utbetalingene knyttet til lårhalsbrudd på 3,5 pst., noe som igjen tilsvarer om lag 300 færre sykehusopphold på landsbasis. Det vises til nærmere omtale under kap. 719, post 21 Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren.

Forebygging av uønsket svangerskap og aborter ved å gi p-piller gratis til jenter mellom 16-19 år, antas isolert sett å redusere behovet for sykehusinnleggelser knyttet til abortinngrep. Anslaget er derfor foreslått nedjustert med 3,5 mill. kroner. Det vises til nærmere omtale under kap. 719, post 71 Tilskudd til opplysningstiltak, forebygging av uønskede svangerskap m.v.

HMAS-behandling (høydosebehandling med autolog stamcellestøtte) av pasienter med Hodgkins sykdom er under visse kriterier å anse som etablert behandling. HMAS-behandling av andre kreftformer er fortsatt å anse som utprøvende behandling som finansieres over regionsykehus-tilskuddet. Fra 2002 vil HMAS-behandling av Hodgkins-pasienter bli innlemmet i finansieringsordningen for innsatsstyrt finansiering, via ordningen med særskilt kompensasjon for høykostnadsmedisin.

Egenandeler for helsetjenester som betegnes som lavt prioriterte var oppe som tema i St.meld. nr. 26 (1999-2000) Om verdier for den norske helsetenesta. Under Stortingets behandling av stortingsmeldingen mente et flertall at det burde vurderes å innføre graderte egenandeler for enkelte lavt prioriterte helsetjenester, og at moderat bruk av egenandeler ikke kommer i konflikt med hensynet til en rettferdig fordeling av helsegodene. De to offentlige utvalgene som har vurdert prioriteringer i helsetjenesten («Lønning I» og «Lønning II») har konkludert med at sterilisering er blant de lavest prioriterte helsetjenester. Departementet foreslår å innføre full egenbetaling for sterilisering av menn og 50 pst. egenbetaling for sterilisering av kvinner.

Sterilisering av kvinner er et dagkirurgisk inngrep som utløser ISF-refusjon, mens sterilisering

av menn foretas som et poliklinisk inngrep og utløser polikliniske refusjoner eller refusjoner gjennom normaltariffen. Gjennomsnittlig egenbetaling for å få utført sterilisering vil bli om lag kroner 1 000 for menn og kroner 6 000 for kvinner.

Innføring av full egenbetaling for sterilisering av menn og 50 pst. egenbetaling for kvinner er anslått å gi en innsparing på statsbudsjettet på i alt 20 mill. kroner. Dette fordeler seg på 9,3 mill. kroner under kap. 730, post 70 Innsatsstyrt finansiering, 1 mill. kroner under kap. 730, post 71 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv. og 9,7 mill. kroner under kap. 732, post 70 Tilskudd til helseforetakene.

De regionale helseforetakenes medfinansiering

Det vises til omtale av det økonomiske opplegget for de regionale helseforetakene under kap. 732.

Lavere refusjon for kort liggetid

Siden 2000 har det blitt foretatt en avkorting i refusjonen for sykehusopphold dersom pasienten skrives inn og ut samme dag, (eksklusiv dagkirurgi og enkelte medisinske dagbehandlinger). I 2002 videreføres denne ordningen.

Fjerning av kryptak

Gjennom ISF mottar fylkeskommunene betaling for hver pasientbehandling. I tillegg gis utbetaling for pasienttyngde (DRG-indeks) opp til et visst tak (krypgrensen). Krypgrensen ble innført for å sikre at det kun ble refundert for faktisk økning i aktiviteten og ikke for bedre registrering av pasientbehandlingen. Bakgrunnen for dette var erfaringer fra andre land som tilsa at kvaliteten på registreringen ville bli bedre ved innføring av ISF-ordningen. Uten krypgrense risikerte en at sykehusene ville få bedre betalt kun ved å registrere mer fullstendig den aktiviteten de hadde tidligere.

Hittil er det lagt til grunn en årlig oppjustering av krypreglene for å ta høyde for reell økning i pasienttyngden. Med den veksten i DRG-indeksen som har vært siden innføringen av ISF i 1997, har de fleste fylkeskommunene likevel vært over krypgrensen ved årsavregningen. Når fylkeskommunene når kryptaket gis fortsatt uttelling for økt volum, men med en refusjon som for gjennomsnittspasienten og dermed uavhengig av faktisk behandlingstygde i det enkelte tilfelle. Dette kan medføre uønsket prioritering av pasientbehandlingen.

Ny informasjon basert på dybdeanalyser av aktivitetsdata for 2000 gir holdepunkter for å anta at det i økende grad skjer en strategisk tilpasning av pasientbehandlingen til kryptreglene med sikte på å øke ISF-refusjonene. Denne strategiske tilpasningen med sikte på å øke inntektene støtter ikke opp om helsepolitiske mål og god ressursbruk. Et eksempel på dette er at det er en kraftig økning i lette opphold med overnatting. Denne økningen bidrar til å vanne ut DRG-indeksen og øke fylkeskommunens ISF-refusjoner, selv om behandling uten innleggelse er bedre samfunnsøkonomi og sannsynligvis bedre for den enkelte pasient.

Tilbakemeldingene fra sektoren tyder på at kompleksiteten i ISF-ordningen i stor grad henger sammen med kryptreglene. En fjerning av kryptreglene vil derfor bidra til en vesentlig forenkling av hele ISF-ordningen. Departementet mener at hensynet til et enklere og mer forutsigbart system med riktigere insentiver bør vektlegges og foreslår derfor å fjerne kryptaket fra 2002.

DRG-indeksen antas å overskride kryptaket ved utgangen av 2001 svarende til 365 mill. kroner for alle fylkeskommunene samlet sett. Det er store fylkesvise variasjoner. Når kryptaket fjernes vil de regionale helseforetakene få dette utbetalt som økte ISF-refusjoner. Ved statlig overtakelse kan en lettere håndtere fordelingsvirkningene av dette gjennom en forholdsmessig reduksjon i den statlige basisfinansieringen. Det er fortsatt store forskjeller i den registrerte pasienttyngden fylkeskommunene i mellom. Det er derfor noe usikkert hvor stort potensiale det fortsatt er for å øke pasienttyngden ved å endre registreringen av pasientbehandlingen.

Prinsippet for finansieringsordningen skal fortsatt være at utbetalingene skal øke når det skjer en forskyvning i pasientsammensetningen mot mer behandlingskrevende pasienter. Utbetalingene skal imidlertid ikke øke som følge av at sykehusene registrerer den samme pasientbehandlingen på en annen måte enn tidligere uten at pasientene er blitt mer behandlingskrevende. Til grunn for løsningsforslaget er det forutsatt budsjettneutralitet. Det vil si at staten legger opp til samme utbetaling som regelverket i 2001 ville gitt i 2002.

Ved utgangen av 2001 er det anslått et akkumulert DRG-kryp (avkortning som følge av at fylkeskommunene overstiger krypgrensen) på 365 mill. kroner. Sosial- og helsedepartementet foreslår at de regionale helseforetakene får dette beløpet som økte ISF-refusjoner i 2002 mot en tilsvarende forholdsmessig reduksjon i basisfinan-

sieringen til de regionale helseforetakene. Beløpet vil bli etterregnet når avregningen for 2001 foreligger våren 2002.

En fjerning av kryptaket i 2002 antas å gi en noe høyere vekst i DRG-indeksen enn det som er anslått for 2001 (4 pst. mot anslått 3,3 pst. i 2001). Dette gir isolert sett en økning i utbetalingene til de regionale helseforetakene i 2002 med 430 mill. kroner.

Det budsjetteres med økt DRG-indeks tilsvarende 430 mill. kroner. 330 mill. kroner av disse finansieres ved å redusere enhetsprisen. Dermed gis det kompensasjon for økt pasienttyngde med 100 mill. kroner gjennom ISF-ordningen.

Det er knyttet usikkerhet til hvordan DRG-indeksen vil utvikle seg når kryptreglene fjernes så lenge potensialet for få øke pasienttyngden ved å registrere pasientbehandlingen mer fullstendig ikke er uttømt. Dersom DRG-indeksen utvikler seg vesentlig annerledes enn det som er lagt i grunn i forslaget om å fjerne kryptaket, vil dette bli tatt hensyn til i senere budsjettframlegg.

Enhetspris

Det er lagt til grunn en prisomregning på 3,6 pst. i budsjettforslaget. Forslaget om å fjerne kryptaket innebærer en reduksjon av enhetsprisen på 2,6 pst, tilsvarende 330 mill. kroner.

Samlet sett innebærer dette en prisjustering av enhetsprisen med 1 pst. Enhetsprisen for 2002 foreslås satt til 29 428 kroner.

Gjestepasientoppgjøret

Gjestepasientoppgjøret ble lagt om fra 1. mars 2001. Omleggingen innebærer at man har gått bort fra dagens kurdøgnsatser, som avhenger av antall liggedager, og over til et oppgjør der DRG-baserte kostnader legges til grunn. Fra 2002 vil også gjestepasientoppgjøret være basert på DRG-systemet. Omfanget av oppgjøret blir imidlertid betydelig redusert da det kun vil være grunnlag for oppgjør mellom de regionale helseforetakene, og eventuelt mellom disse og private tjenesteyttere.

Post 71 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv. (før post 61)

1. Formål

Posten omfatter refusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner, inklusive laboratorie- og røntgenvirksomhet. Det er en mål-

setting at takstsystemet skal gi et så effektivt pasientbehandlingssystem som mulig ved å stimulere til økt bruk av poliklinisk behandling, og bidra til en mest mulig effektiv utnyttelse av de samlede ressursene i helsesektoren. Økt behandlingsaktivitet skal bidra til å redusere unødig ventetid for vurdering og behandling.

Statens refusjoner for poliklinisk virksomhet skal dekke om lag halvparten av gjennomsnittskostnadene. De øvrige utgiftene dekkes via rammebevilgningen til de regionale helseforetakene og pasienters egenbetaling. De polikliniske refusjonene utbetales direkte til behandlende sykehus.

2. Resultatrapport 2000

Regnskap for 2000 viser utgifter på 2 966 mill. kroner, hvilket er en vekst i utbetalingene på i underkant av 4 pst. fra 1999. Sykehusene har i tillegg fått økte inntekter som følge av økningen i pasienters egenandeler, slik at totalt har veksten i sykehusenes inntekter vært på 5,5 pst.

Stortinget vedtok under behandlingen av St.prp. nr. 47 (1999-2000) å øke bevilgningen til poliklinisk virksomhet med 80 mill. kroner. I tillegg ble det i 2000 tilført midler til poliklinikkene i form av satsning på opplæring av personer med diabetes, ambulant psykiatrisk/psykologisk undersøkelse/behandling og innføring av takst for påvisning av HIV-resistens. Korrigert for disse takstendringene, var veksten i utbetalingene på 1,7 pst. fra 1999 til 2000.

Sykehusene ble fra 1. februar 2000 pålagt å sende sine refusjonskrav elektronisk via et kontrollprogram (POLK). Flere sykehus hadde problemer med å sette i gang den elektroniske rapporteringen. Problemene har ført til en viss forsinkelse i innrapporteringen av kravene, slik at utgiftene i regnskapet for 2000 viste et etterslep inn i 2001.

Utgiftsveksten fra 1999 til 2000 har avtatt sammenlignet med tidligere år. Dette kan skyldes følgende forhold:

- reell aktivitetsnedgang
- innføring av kontrollsystemet POLK, med der-til forsinkelse i utbetalingene for 2000 over til 2001
- innføring av kontrollsystemet POLK, med der-til innstramning i grunnlaget for utbetalingene

Det er store variasjoner i utgiftsutviklingen både mellom fylkene og fra år til år for samme fylke. Mens refusjonene til sykehusene i Troms fylkeskommune har økt med 26 pst. og i Østfold med 23

pst., har refusjonene gått ned med 11 pst. for sykehusene i Hedmark fylkeskommune.

Hovedbildet er at de som har hatt en sterk vekst fra 1998 til 1999 har en mer moderat vekst fra 1999 til 2000. Innenfor de enkelte fagområder er det særskilt voksenpsykiatri og indremedisin som har hatt størst vekst.

3. Tilstandsvurdering

I forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett for 2000 (jf. Innst. S. nr. 220 (1999-2000)) fattet Stortinget vedtak om å be Regjeringen fremme forslag for Stortinget om refusjons-sats på like vilkår for private og offentlige røntgeninstitutter. Det ble i St.prp. nr. 1 (2000-2001) rede-gjort for oppfølgingen av dette forslaget. Sosial- og helsedepartementet har utviklet et nytt takstsystem for radiologiske polikliniske undersøkelser som er planlagt iverksatt fra 1. januar 2002. Arbeidet har skjedd i nært samarbeid med Norsk radiologisk forening, medvirkende sykehus og private røntgenvirksomheter. Forslaget har vært på en omfattende høring hos berørte instanser. Det vises til nærmere omtale under kap. 2711, post 76 Private laboratorier og røntgeninstitutt i St.prp. nr. 1 (2001-2002) for Folketrygden.

En målsetting i tiltaksplanen for elektronisk samhandling i helse- og sosialektoren, «Si @», er at det innen utgangen av 2002 skal finnes et tilbud av telemedisinske takster som bidrar til at telemedisin skal tas i bruk der dette er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Sosial- og helsedepartementet ønsker å tilrettelegge for økt bruk av telemedisin i betydningen desentraliserte spesialisthelsetjenester. Med dette menes at en spesialistinstitusjon yter tjenester gjennom bruk av primærhelsetjenesten. Det foreslås at det fra 1. juli 2002 opprettes telemedisinske takster innenfor fagområdene øre-nese-hals, hud og radiologi. Erfaringer fra disse vil kunne gi grunnlag for å stimulere til telemedisin også innen andre fagområder.

4. Budsjettforslag 2002

I budsjettforslaget for 2002 er det avsatt 3 450 mill. kroner til poliklinisk virksomhet, inkludert en prisjustering på 3,6 pst. fra 2001. Forslaget bygger på en aktivitetsvekst på 3 pst. fra 2001. Forslaget omfatter også en videreføring av tilleggsbevilgningen gitt i forbindelse med omleggingen av finansierungsordningen for hjemmebasert dialyse, 64 mill. kroner (jf. Innst. S. nr. 325 (2000-2001)), samt helårsvirkning av økte egenbetalinger fra 1.

juni 2001, 20 mill. kroner. I tillegg er det lagt inn 1,6 mill. kroner til satsing innen telemedisin.

Det foreslås innført 100 pst. egenbetaling for menn som får utført sterilisering ved offentlige poliklinikker. Som følge av dette foreslås posten redusert med 1 mill. kroner. Det vises til nærmere omtale under kap. 730, post 70 Innsatsstyrt finansiering. Videre er posten redusert med 20 mill. kroner som følge av forslaget om full egenbetaling for kunstig befruktning. Det vises til omtale under kap. 2751, post 70 Legemidler.

Videre er bevilgningen til dekning av merutgifter til analyser av urinprøver for personer på legemiddelassistert rehabilitering videreført. Helårseffekten av dette har gitt grunnlag for å øke bevilgningsforslaget med 20 mill. kroner.

I Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2006) er det lagt opp til en kraftig styrking av spesialisttjenester. Ett av tiltakene er å øke den samlede polikliniske aktiviteten. I tråd med dette overføres 16 mill. kroner fra Opptrappingsplan for psykisk helse (kap. 743) til poliklinisk virksomhet.

Post 72 Tilskudd til regionsykehus (før post 62)

1. Formål og hovedprioriteringer

Regionsykehustilskuddet har som formål å gi et økonomisk grunnlag slik at man i de aktuelle sykehus kan bygge opp og vedlikeholde en infrastruktur for å:

- ivareta kostbare og høyt spesialiserte tjenester som det er faglig og økonomisk rasjonelt å samle på et eller flere regionsykehus
- stimulere til oppbygging av nye avanserte og kostbare spesialisthelsetjenester som kan/bør forankres på region- eller landsfunksjonsnivå
- ivareta klinisk forskning og undervisning, herunder bidra til utbygging av grunnlaget for en fullverdig undervisning.

Regionsykehustilskuddet består av fire deler:

- tilskudd til *basiskostnader* må anses som en rammefinansiering som ikke retter seg mot målbar aktivitet. Tilskuddet skal gi et økonomisk bidrag til de regionale helseforetakene for de merkostnader som er knyttet til å eie og drive et regionsykehus. Dette omfatter bl.a. infrastrukturkostnader knyttet til drift og vedlikehold av arealer, utstyr m.m. tilknyttet særskilte funksjoner, forskning og undervisning, samt merkostnader knyttet til høyere bemanningsfaktor sammenlignet med andre sykehus. Midler til subsidiering av gjestepasienter er også inkludert i basistilskuddet
- tilskudd til *særskilte funksjoner*, det vil si lands- og flerregionale funksjoner og kompetansesentra. Landsfunksjoner utføres bare ett sted i landet, mens flerregionale funksjoner utføres ved flere, men ikke alle regionsykehus. Kompetansesenterene har et spesielt ansvar for bl.a. å drive faglig utvikling, kompetanseutvikling og veiledning flerregionalt eller nasjonalt
- tilskudd til *forskning* er rettet mot forskningsprosjekter innen klinisk forskning, herunder utprøvende behandling
- tilskudd til *undervisning* kompenserer delvis for sykehusenes merkostnader ved å motta medisinerstudenter i den kliniske behandlingen

Fra 2002 vil hele regionsykehustilskuddet utbetales til de regionale helseforetakene. Dette gjelder også for tilskuddene til særskilte funksjoner, forskning og undervisning som tidligere ble utbetalt direkte til det enkelte regionsykehus.

2. Resultatrapport 2000

Ved behandlingen av St.prp. nr. 47 (1999-2000) Om sykehusøkonomi og budsjett 2000, bevilget Stortinget 250 mill. kroner; herav 97 mill. kroner for å videreføre 1999 bevilgningen og 153 mill. kroner for å avhjelpe regionsykehusenes økonomiske situasjon. Det ble ikke tildelt spesielle midler til igangsetting av nye funksjoner i 2000.

Departementet har mottatt regnskap og rapporter for bruken av tilskudd til særskilte funksjoner og forskning for 2000. Økt tilskudd til medisinerstudenter i 2000 er gått til å dekke utgifter ved sykehusene i forbindelse med økningen på 75 medisinerstudenter i 1996 fordelt på Trondheim, Bergen og Oslo.

3. Tilstandsvurdering

Det er nedsatt en interdepartemental arbeidsgruppe som skal gjennomgå og vurdere dagens regionsykehustilskudd med sikte på forslag til endringer fra 2003. Gjennomgangen må sees i forhold til den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppen skal bl.a. vurdere behovet for øremerking av enkelte deler av tilskuddet, og foreslå forenklinger i det fremtidige regionsykehustilskuddet.

I Budsjett-innst. S. nr. 11 (2000-2001) ba Sosialkomiteen departementet vurdere å lage en opptrappingsplan slik at forskning og undervisning gis en større del av regionsykehustilskuddet. Dette vil bli vurdert i forbindelse med det arbeidet som gjøres i arbeidsgruppen. Det foreslås imidlertid å styrke tilskudd til forskning med 10 mill. kroner i 2002.

Gjennom tilsagnsbrevet for 2001 til regionsykehuseierfylkene har departementet stilt krav om rapportering av tilskuddet til særskilte funksjoner, forskning og undervisning. Rapporteringskravet er dels knyttet til aktivitetstale og aktivitetstall, og dels til regnskap.

4. Budsjettforslag 2002

Regionsykehustilskuddet for 2002 foreslås bevilget med 1 985 mill. kroner. Forslag til bevilgning er prisjustert med 3,6 pst. I forhold til vedtatt budsjett for 2001 foreslås bevilgningen reelt styrket med 33 mill. kroner. Av dette beløpet har 23 mill. kroner sin bakgrunn i at Sentralsykehuset i Akershus får tilskudd til undervisning fra 2002. Videre foreslås tilskudd til forskning økt med 10 mill. kroner.

Fra kap. 705, post 73 Bedriftsintern videreutdanning, foreslås 1 mill. kroner overført til opplæring av sykepleiere innen ultralyd til Kompetanse-

senteret for ultralyd ved RiT. Fra kap. 730, post 67 Andre tilskudd, foreslås 4,25 mill. kroner overført til Program for aldersforskning. Fra kap. 730, post 67 Andre tilskudd og kap. 674, post 21 Handlingsplan for funksjonshemmede foreslås overført henholdsvis 2,2 mill. kroner og 3,9 mill. kroner til Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom på Aker sykehus i Oslo. Overføringen på 3,9 mill. kroner innebærer en styrking og utvikling av senterets oppgaver i forhold til arbeidet med familier med funksjonshemmede barn.

Tidligere Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (nå SBU) ble overført til Oslo kommune fra 01.01.99. I følge avtale om overføring til Oslo kommune, forpliktet staten seg til å dekke de merkostnader som påføres SBU ved undervisning av medisinstudenter. 3 mill. kroner foreslås derfor overført fra kap. 743, post 60 Statlige stimulerings tiltak for psykisk helsevern til formålet.

Samtlige av disse ovennevnte tilskudd vil inngå i regionsykehustilskuddet. 2 mill. kroner foreslås overført til kap. 732, post 70 Tilskudd til helseforetakene til Influensasenteret i Bergen.

Regionsykehustilskuddet foreslås bevilget til de regionale helseforetakene som har eieransvaret for regionsykehusene, foruten Rikshospitalet, etter dagens fordeling. Regionsykehustilskuddet har gått til de fylkeskommuner som er eiere av regionsykehusene. Rikshospitalet som statlig eid regionsykehus har mottatt egen bevilgning. I forbindelse med det arbeidet som gjøres i tidligere omtalte arbeidsgruppe vil en vurdere å inkludere Rikshospitalet i regionsykehustilskuddet fra 2003.

Etablert HMAS-behandling (høydosebehandling med autolog stamcellestøtte) til pasienter med Hodgkins sykdom, vil bli finansiert gjennom innsatsstyrt finansiering fra 2002, jf. omtale under kap. 730, post 70.

Fordelingen av tilskuddet på tilskuddsmottaker er som følger: (Beløp i hele 1000 kroner)

Tilskudds-Mottaker	Basis	Funksjoner	Forskning	Undervisning	Overføringer	Sum
Øst	404 868	24 936	17 500	73 795	9 100	530 199
Vest	414 576	37 630	26 348	106 494		585 048
Midt Norge	347 311	28 025	16 597	61 706	1 000	454 639
Nord	328 748	13 388	17 606	51 122	4 250	415 114
I alt	1 495 503	103 979	78 051	293 117	14 350	1 985 000

Søknad og rapportering

For 2002 vil regionsykehustilskuddet tildeles de regionale helseforetakene som følge av den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten. Søknadsprosedyrer og krav til rapportering og regnskap for 2002 vil i all hovedsak følge samme mal som for 2001.

Samarbeidsorganene

I Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m., er det foreslått en videreutvikling av samarbeidet mellom fakultetene og regionsykehusene gjennom samarbeidsorganene, men med sterkere eierstyring fra staten med hensyn til innhold og resultatkrav. Samarbeidsorganets viktigste oppgave er å bistå i planlegging, oppfølging og rapportering av tilskuddet til undervisning og forskning.

Kap. 0731 Rikshospitalet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
50	Statstilskudd	1 242 528	1 015 100	
	Sum kap 0731	1 242 528	1 015 100	

Antall årsverk var i følge det sentrale tjenestemannsregisteret 3 631,7 pr. 1. mars 2000 og 3 710,82 pr. 1. mars 2001.

Det vises til Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) om sykehusreformen hvor statssykehusene omfattes av ordningen. Det foreslås at statssykehusene legges inn under kap. 732 Regionale helseforetak, og at sykehusenes bevilgning for 2002 overføres samme kapittel.

Tidligere har DRG-refusjonen blitt overført direkte fra departementet til Rikshospitalet. De regionale helseforetakene vil bli tilskuddsmottakere fra 2002. Det vises til kap. 730, post 70 om innsatsstyrt finansiering av sykehus.

Rikshospitalets hovedoppgaver er pasientbehandling, forskning og undervisning på høyt

internasjonalt nivå. Sykehuset har en rekke lands- og flerregionale funksjoner. Rikshospitalet er kompetansesenter på mange fagområder og universitetssykehus for Universitet i Oslo.

Resultatrapport 2000

Rikshospitalets virksomhet var i 2000 preget av flytting og tilpasning til drift i nye lokaler på Gaustad. Hovedflyttingen ble gjennomført i mai 2000. Departementets plantall for pasientbehandlingen ble satt lavere enn ordinær årsproduksjon for å ta høyde for produksjonstap i forbindelse med flyttingen. Produksjonsnedgangen ble imidlertid mindre enn forventet.

Samlet medisinsk virksomhet, Rikshospitalet

Resultatmål	Resultat 1999	Mål 2000	Resultat 2000	Mål 2001	Forventet 2001
Antall senger	614	-	605		605
Gjennomsnittlig kurdøgn/opphold	4,8		5,5		

Resultatmål	Resultat 1999	Mål 2000	Resultat 2000	Mål 2001	Forventet 2001
Antall sykehusopphold (tidl. Inst.opph.)	40 948	34 000	39 860	42 000	42 000
Derav dagopphold	13 305	8 100	14 549	15 000	15 000
Venteliste, garanti-brudd (innleggelse)	73		47		
Ant. Reg. Polikl.kons. (eksterne)	119 867	102 600	114 100	124 000	124 000
DRG-indeks	1,48		1,53		1,6

Behandling

Rikshospitalet har landsfunksjon for behandling av organ- og stamcelletransplantasjoner (benmargstransplantasjoner). Til tross for flytting ble det i 2000 utført om lag like mange organtransplantasjoner (291) som i 1999 (293). Antall stamcelletransplantasjoner var 46 i 2000. I 2000 ble det utført 643 åpne hjerteoperasjoner med bruk av hjerte-lungemaskin (eksklusiv hjerte-lunge-transplantasjoner). I perioden januar-juli 2001 ble det utført om lag 100 flere åpne hjerteoperasjoner enn i samme periode i 2000. Gjennomføringen av programmet for transplantasjoner og andre høykostnadsbehandlinger viser at aktiviteten på en rekke områder hittil i 2001 har vært høyere enn forventet. Hovedårsaken til økningen i antall transplantasjoner er fagmiljøets og pasientorganisasjonenes innsats overfor donorsykehusene med økt tilgang på organer fra nylig avdøde.

I 2000 ble det gjennomført 41 hørselserstatende implantasjoner hos døvfødte/døvblitte (såkalte Cochlea-implantasjoner) ved Rikshospitalet, mot 29 i 1999. Ved utgangen av juli 2001 var det gjennomført 32 slike implantasjoner, mot 21 samme periode i 2000. Departementet har bedt Rikshospitalet prioritere denne pasientgruppen, samt gjennomgå sine ventelister med tanke på pasienter som det vil være faglig forsvarlig å tilby behandling i utlandet.

Forskning og undervisning

Etter innflytting i nytt Rikshospital er det etablert ny infrastruktur for samarbeid mellom de ulike forskningsinstitusjoner i Gaustadområdet. Molekylær biologi har fått en enda mer sentral plass i Rikshospitalets forskning. Avansert bildediagnos-

tikk videreutvikles blant annet gjennom bedriftstablering for raffinering av virtuelle 3D-program for trening, undervisning og operasjonsplanlegging for å øke sikkerhet og kvalitet ved kirurgiske inngrep. Minimalinvasive hjerneoperasjoner under samtidig 3D MR-billedveiledning er under videreutvikling. Rikshospitalets intervensjonssenter er kopiert i Canada og Italia og sykehuset er verdensledende på blant annet ny ultralyd-hjertediagnostikk og psykobiologiske effekter på inflammatorisk tarmsykdom.

I 2000 publiserte forskere tilknyttet Rikshospitalet 354 vitenskapelige originalartikler i internasjonale «peer-review» tidsskrifter. Det ble avlagt 27 doktorgrader innen medisin av forskere tilknyttet hospitalet. Tre psykologer, en sykepleier og en fysioterapeut avla også doktorgrad i 2000. Universitetstilknyttede leger ved hospitalet gir årlig om lag 20 000 undervisningstimer til medisinerstudenter. Det befinner seg til en hver tid i underkant av 500 medisinstudenter, og om lag 450 sykepleie-, radiograf, bioingeniører, fysioterapi- og ergoterapistudenter ved Rikshospitalet. I tillegg deltok om lag 90 psykologistudenter i forelesninger ved hospitalet i 2000.

Økonomi

Det vises til Stortingets behandling av St.prp. nr. 71 (2000-2001) om Rikshospitalets økonomi hvor det ble bevilget 260 mill. kroner for å bedre driftssituasjonen ved sykehuset. Midlene ble bevilget under forutsetning om at Rikshospitalet innenfor den ramme som ble gitt, opprettholder behandlingstilbudet til pasientene. Rikshospitalet forplikter seg til, innenfor rammen av en treårig tiltaksplan, å gjennomføre alle muligheter for effektivisering.

Medinnova

Medinnova ble etablert i 1985 og omdannet til statsforetak i 1993, jf. St.prp. nr 96 (1985-86), og reguleres av Lov om Statsforetak. Foretakets formål er å bidra til økt utnyttelse av Rikshospitalets kapasitet innenfor forskning og utredning, herunder skaffe økte forskningsmidler til Rikshospitalet. Foretaket skal være et ressurs- og kontaktorgan for idéutvikling, patentering og produktut-

vikling for fagpersonell ved Rikshospitalet. Foretaksmøtet ble avholdt 8. juni 2001. Regnskapet for 2000 fremkom med et overskudd på 3 008 403 kroner. Foretaket skal ikke utbetale utbytte. Overskuddet er i sin helhet tillagt Medinnovas grunnfond. Fondets midler benyttes til beste for forskningen ved Rikshospitalet. Av instruks gitt i foretaksmøtet i 1998, og saker som ble tatt opp i foretaksmøtet i 1999, er nå alle oppgaver fullført.

Kap. 0732 Regionale helseforetak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
21	IT og elektronisk samhandling m.m.			106 000
70	Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres</i>			28 800 000
	Sum kap 0732			28 906 000

Formål og hovedprioriteringer

Stortinget har sluttet seg til regjeringens forslag om at staten fra årsskiftet skal overta eieransvaret for spesialisthelsetjenesten i Norge og organisere denne som helseforetak. I henhold til ny lov om helseforetak er det opprettet et regionalt helseforetak med ansvar for sykehus og annen spesialisthelsetjeneste i hver av de fem helseregionene, jf. Ot.prp. nr. 66 (2000-2001).

Den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten og organisering i helseforetak omfatter de offentlig finansierte somatiske spesialisthelsetjenester, psykisk helsevern, rehabilitering og habilitering, spesialisthelsetjenesten og institusjoner/avdelinger for behandling av rusmiddelmisbrukere som er hjemlet i spesialisthelsetjenesten, sykehusapotek og laboratorie- og radiologiske tjenester. De regionale helseforetakene skal overta fylkeskommunale driftsavtaler med private spesialister, og den fylkeskommunalt eide ambulansetjenesten og akuttmedisinske kommunikasjonssentraler skal inngå i en statlig eierskapsmodell. De regionale helseforetakene skal også overta ansvaret for driftsavtaler med private sykehus, og det skal etableres samarbeid med kommuner der hvor det er etablert samarbeid om nødmeldetjeneste/legevaktsentraler.

Stortinget vedtok ifm. behandlingen av St.meld.nr. 43 om akuttmedisinsk beredskap at ansvaret for luftambulansetjenesten skal være statlig og forankres i helseforetakene fra 1.1.2002.

Midler til helsepersonellbemanning i luftambulansetjenesten jf kap. 739, post 77 (tidligere post 60) foreslås nå overført de regionale helseforetakene.

Departementet vil komme tilbake med forslag til fordeling av midlene under kap. 2750 Syketransport mv. post 72 Luftambulansetransport i eget tilleggsnummer til St.prp.nr.1 for 2002.

Departementet legger videre opp til en snarlig avklaring av det organisatoriske ansvaret for sykestuene. Dagens finansiering av sykestueplassene som i dag er en del av den fylkeskommunale spesialisthelsetjenesten, er en del av det økonomiske oppgjøret med fylkeskommunene og vil i 2002 finansieres gjennom rammene til de regionale helseforetakene i de respektive regionene.

Stortinget har sluttet seg til forslaget om å utrede en framtidig organisering av tiltak for rusmiddelmisbrukere hjemlet i sosialtjenesteloven. Regjeringen tar sikte på å legge fram et høringsnotat i løpet av høsten 2001.

Pasientombud skal være opprettet i alle fylkeskommuner. Det er i utgangspunktet ikke naturlig at fylkeskommunen skal ha ansvaret for å finansiere og drive en slik funksjon etter 1.januar 2002. En nærmere vurdering av pasientombudets organisering og finansiering vil bli foretatt på et senere tidspunkt. For 2002 vil fylkeskommunene bli bedt om å ta ansvar for å videreføre ordningen med pasientombud mot refusjon av utgifter fra det regionale foretaket, anslagsvis på det nivå som er etablert i 2001.

En av reformens sentrale intensjoner er å gi helseforetakene betydelige frihetsgrader i sin daglige drift, samtidig som det legges til rette for at sentrale helsepolitiske målsetninger oppfylles.

Helseforetaksloven utgjør en organisasjons- og ansvarsreform med vekt på å skape klarere ansvars- og rollefordeling. Gjennom overtakelsen av spesialisthelsetjenesten kommer staten i en helhetlig ansvarsposisjon for spesialisthelsetjenesten, ved at sektoransvaret, finansieringsansvaret og eierskapet samles på en hånd. Denne eierposisjonen skal brukes til å desentralisere myndighet og ansvar til virksomhetene. Organisering i foretak er et ledd i denne desentraliseringen.

De regionale helseforetakene er statens instrument for å oppnå nasjonale helsepolitiske målsetninger. Deres overordnede målsetning blir å fremskaffe best mulig helsetjenester for de tildeelte ressurser basert på behovet i regionen. Loven inneholder imidlertid flere regler som på ulike måter ivaretar statens behov for overordnet styring og kontroll med de regionale helseforetakene, bl.a. skal visse avgjørelser forelegges departementet eller vedtas av foretaksmøtet. De regionale helseforetakene må forelegge for staten som eier, spørsmål av vesentlig betydning. I tillegg vil det være en rekke spørsmål som må forelegges staten som helsepolitisk myndighet.

Helseforetakene vil få arbeidsgiveransvaret for egne medarbeidere og ansvar for bruk av kapital. Foretakene vil også få ansvar for egen økonomi, med den begrensning at disse ikke kan gå konkurs. De regionale helseforetakene vil ut fra sitt helhetlige ansvar utøve en overordnet styring også på disse områdene. Foretaksorganiseringen stiller også formkrav til hvordan staten kan utøve sin styring, som må skje gjennom vedtektene eller gjennom beslutninger i foretaksmøtet. Dette skal verne virksomhetene mot detaljstyring fra eier og bidra til å gi dem reelt ansvar for egen drift.

En gjennomgående problemstilling er likevel å finne en balanse mellom lokal frihet i foretakene, en hensiktsmessig arbeidsdeling mellom foretaksnivåene og overordnet statlig styring. Statlige virkemidler må i minst mulig grad komme i konflikt med den overordnede målsetningen om desentralisering av myndighet og ansvar.

Reformen begrenser seg imidlertid ikke til å overta eierskap og ny organisering, men er også gitt et fornyet innhold der tilgjengelighet, kvalitet og omsorg for den enkelte kombineres med en rasjonell ressursforvaltning og et helhetlig samfunnsmessig og ledelsesmessig ansvar. Det vil bli en særskilt prioritet til å følge opp med tiltak for å

unngå unødig venting på utredning og behandling.

Staten som eier vil i tiden fremover sette fokus på følgende områder:

- *Brukerperspektiv i helsetjenesten.* En bedre kvalitet på tjenestene forutsetter at brukerperspektivet legges til grunn for organisering og gjennomføring av tjenestene. Reell medvirkning fra pasienter og pårørende er vektlagt i vedtektene for de regionale helseforetakene. Dette innebærer at foretakene må sikre at det utvikles en ny kultur på dette området og at målrettede prosesser settes i gang, slik at brukerperspektivet kan prege planlegging og drift av virksomhetene.
- *Ledelse og organisasjonsutvikling i sykehusene.* Ledelsesutfordringene i sykehusvesenet må møtes med tiltak på bred front, først og fremst i de regionale helseforetakene og i de enkelte sykehus. Staten vil imidlertid i kraft av sin eierrolle og med forankring i de regionale helseforetakene arbeide med å utvikle et nasjonalt opplegg for utviklingen av toppledere- og avdelingsledere i sykehusene.
- *Kvalitet i sykehus og helsetjeneste.* Kvalitetsarbeid i helsevesenet innebærer innsats på flere områder, for eksempel å tilrettelegge tjenestene på en effektiv og god måte, også slik at feil og avvik bli minst mulig. Kvalitetsarbeid innebærer imidlertid også måling og sammenlikning av kvalitet. Sentrale utfordringer for helsetjenesten framover er å utvikle gode indikatorer på kvalitet i den direkte utøvende virksomhet, å legge til rette for kunnskapsbasert praksis og dokumentasjon av kvalitetssikring.
- *Kliniske forskning ved norske sykehus.* Metodekompetanse innen anvendt forskning er i dag en nødvendighet for å kunne foreta informerte og rasjonelle behandlingsvalg. Relevant og kvalifisert arbeid på dette området er grunnlaget for sykehustjenester av høy kvalitet. Anvendt klinisk forskning representerer i tillegg metodegrunnlaget for den evalueringsforskning som dokumenterer kvaliteten av sykehustjenestene. Ettersom fokus på kvalitet og dokumentasjon skjerpes, vil koblingen mellom anvendt klinisk forskning og kvalitetsarbeid bli stadig viktigere. Dersom det skal lykkes å utvikle robuste indikatorer for klinisk kvalitet, må de bygge på et faglig og faktamesig grunnlag med basis i klinisk forskning.
- *Metodevurdering og prioritering.* Grunnlaget for en metodevurdering er en systematisk og kritisk gjennomgang og vurdering av den

vitenskapelige dokumentasjon for å få avklart effekten av ulike tiltak som benyttes i helsetjenesten. Hensikten med metodevurdering er å utarbeide et best mulig grunnlag for beslutninger på alle nivåer. Det bør tas sikte på å lage et opplegg der metodevurdering brukes aktivt på alle nivå. Det bør bygges opp et samarbeid med fagprofesjonene, koblingen til statens øvrige rådgivnings- og tilsynsvirksomhet bør synliggjøres og det må arbeides med bruken av metodevurdering i forhold til Nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet. Rådet kan spille en konstruktiv rolle i den politiske beslutningsprosessen og i vanskelige prioriteringsvalg ved at avveiningen mellom ulike hensyn synliggjøres.

- *Samarbeid mellom helsetjenestenes nivåer.* Det er viktig at eierskaps- og foretaksreformen bidrar til å åpne nye kanaler for samhandling. Det må derfor legges til rette for økt samhandling og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og halvannenlinjetjenesten, for eksempel sykestuene, bl.a. gjennom incitamenten som understøtter samarbeide på tvers av nivåene.
- *Nasjonal IT-strategi for helsesektoren.* Gjennom den statlige tiltaksplanen for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren «Si @!» legges det opp til et sterkt statlig ansvar for utviklingen på dette feltet. Både ambisjoner og tiltak i denne nasjonale IT-planen bør ha langt bedre muligheter for å bli realisert med én sentral eier og tilrettelegger. En slik statlig rolle skal ikke være detaljstyrende, men sette noen overordnede rammer og standarder som skal sikre nasjonale løsninger der de er nødvendige.
- *Psykisk helsevern.* Stortinget har vedtatt en opptrappingsplan for psykisk helsevern. Planen vektlegger en spesialisthelsetjeneste på brukernes premisser med mest mulig frivillighet og minst mulig bruk av tvang. Brukerperspektivet og samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten skal legges til grunn ved planlegging, organisering og drift av tjenestene. Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten gjennomføres midt i opptrappingsperioden. Den samlede statlige eierposisjonen vil legge til rette for en god oppfølging av opptrappingsplanen.
- *Samordning av beredskapsmessige forhold.* Sykehusreformen gir muligheter for en mer helhetlig tilnærming til beredskap og legger forholdene til rette for en bedre samordning av beredskapsplaner og håndtering av større ulykker og krisesituasjoner.

- *Samordning av sykehusenes innkjøp.* Eierskaps- og foretaksreformen gir nye muligheter for samarbeid om innkjøps- og forsyningsfunksjonen. Ved å samarbeide tettere om innkjøp vil foretakene stille sterkere overfor leverandørene, både i volum og kompetanse. Det er igangsatt et utviklingsarbeid for en regional statlig innkjøpsenhet.
- *Sykehusutbygging og kompetanseutvikling.* Departementet har informasjon om planlagte sykehusutbygginger i størrelsesorden 30-35 mrd. kroner i perioden 2001-2010. Gjennom sin eierrolle kan staten ivareta samordning på tvers av de regionale helseforetakene og sørge for at nasjonal kompetanse utnyttes og tas i bruk.

Mye av utviklingsarbeidet på mange av områdene som her er angitt vil være av strategisk karakter. Det vil bli lagt vekt på at staten som eier, de regionale helseforetakene og helseforetakene gis roller i dette arbeidet som er i samsvar med de føringer og rammer som er gitt gjennom den nye foretaksmodellen.

Det skal understrekes at forholdene som her er trukket fram ikke er noen uttømmende opplysning av prioriterte tiltaksområder. Også på andre områder gjennomføres viktige tiltak, slik som for eksempel gjennomføringen av kreftplanen.

I arbeidet med å utvikle den statlige eierskapspolitikken vil det bli lagt vekt på at det skal oppnås en god samordning mellom de ulike typer virkemidler: eierskap, finansiering og myndighetstiltak, herunder tilsyn. I dette samordningsarbeidet vil det bli lagt vekt på at de nye systemene må være enkle. Det må unngås kompliserte systemer der de samme formålene i stor grad ivaretas gjennom alle typer virkemidler. Videre vil det være sentralt at myndighetstiltak ut fra rettsikkerhetskrav ivaretas. Særlig viktig vil det være at tilsynsfunksjonen gjennomføres med det kravet til autonomi som lov og forskrifter forutsetter og at dette skjer på en måte som vinner tillit i befolkningen.

Post 21 IT og elektronisk samhandling m.m.

«Si @!», den statlige tiltaksplanen for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren 2001-2003, ble lansert i januar 2001. Planen inneholder fire hovedsatsingsområder:

- *Et nasjonalt helsenettverk* som binder tjenesteyterne sammen gjennom en fysisk infrastruktur og understøttende fellestjenester for elektronisk informasjonsutveksling. Helsenettet vil være en felles og sikker kommunikasjonskanal

for en rekke ulike anvendelser som telemedisin, elektroniske meldinger, e-post, samt tilby sikker tilgang til internett. Nettet skal bygge på og videreutvikle de regionale helsenettene som er under utvikling i alle helseregionene. Nasjonale basistjenester og krav skal sikre sikker samtrafikk mellom nettene, sikker identifi- sering av brukere og tilgang til tjenester for digital signatur.

- *Elektronisk samhandling* skal tas i bruk i bred skala for å utvikle og forbedre informasjonsutvekslingen og samarbeidet mellom de ulike aktørene i helse- og sosialsektoren. Det kan f.eks. dreie seg om rutinemessig utvikling av standardiserte meldinger mellom de ulike behandlingsleddene, sikker elektronisk post, og elektronisk rapportering til trygdeetaten og til nasjonale helseregistre. Det krever at journalsystemene og pasientadministrative systemer legges til rette for slik kommunikasjon.
- *Bruk av telemedisin* i konsultasjoner mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjen (allmennlege, pleie- og omsorgstjeneste mm.). Det kan dreie seg om videokonsultasjon eller overføring av lyd og bilde i tillegg til tekst, til dels avanserte tjenester som krever bredbåndskapasitet på overføringen.
- *Publikumstjenester*: Publikum skal gis et helhetlig og kvalitetssikret tilbud av offentlig helse- og sosialinformasjon. Den elektroniske informasjon skal utformes slik at den er tilgjengelig for flest mulig. I tillegg skal det legges til rette for et økende tilbud av tjenester for toveis kommunikasjon mellom publikum og helse- og sosialpersonell over nettet, dvs. «fra informasjon til interaksjon».

Det har vært mange prøveprosjekter med ny teknologi i sektoren. Hovedutfordringene nå er å få tatt teknologien i rutinemessig bruk i hele bredden av tjenesten, slik at de inngår som en integrert del i det daglige arbeid. Innenfor pleie- og omsorg og sosialtjenesten, som er et nytt fokus i IT-sammenheng, er det behov for utprøving for å komme frem til gode modeller for samarbeid med bruk av IT.

I 2001 er det etablert et nasjonalt program for realiseringen av helsenett, som både skal iverksette nasjonale tiltak på området og understøtte regionale initiativ. Det er gitt støtte til bredbåndsutbygging i de regionale helsenettene, satt i gang arbeid med å spesifisere krav til nasjonale basistjenester i helsenett, og utgitt et sett av veiledere for informasjonssikkerhet. Det er etablert et bredt samarbeid med helseregionene og andre kompe-

tansemiljøer gjennom etablering av et regionalt samarbeidsråd og en referansegruppe.

Helsektoren bruker store ressurser og mye tid til dokumentasjon og registrering, samt fremfinning og videreformidling av informasjon. Innføring av elektronisk pasientjournal i sykehus er kanskje det viktigste elementet for å oppnå en effektiv pasientoppfølging både internt på sykehusene, mellom sykehusene og mot primærhelsetjenesten. Dette danner samtidig et helt nødvendig grunnlag for effektiv elektronisk samhandling. I 2001 er det gitt ut en grunnleggende standard for elektroniske pasientjournaler. Det er utarbeidet en kravspesifikasjon for elektronisk pasientjournal for helsestasjoner og skolehelsetjenesten, og satt i gang et tilsvarende arbeid for pleie- og omsorgstjenesten.

Innenfor området publikumstjenester er det i 2001 utviklet en internettportal: Sosial- og helseporten. Portalen er først og fremst en veiviser til offentlig informasjon, men gir også mulighet til å søke i fag-, media- og organisasjonskilder.

En hovedutfordring for å få gjennomført planen og få tatt i bruk elektronisk samhandling i bred skala i sektoren, er å få knyttet primærhelsetjenesten opp mot helsenettet. Dette krever bl.a. investeringer og systemtilpasninger både på legekontor og i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. De regionale helseforetakene vil måtte påta seg en betydelig rolle for å legge til rette for slik tilknytning til de regionale nettene og organisere et nødvendig støtteapparat for driften av nettet. Departementet vil vurdere virkemidler som kan bidra til en raskere innføring av løsninger for elektronisk samhandling.

Noen viktige tiltak i 2002

Nasjonalt helsenett: Departementet vil videreføre det nasjonale gjennomføringsprogrammet i 2001. Dette vil bl.a. omfatte tiltak for å sikre sammenknytning av de regionale helsenettene, tilrettelegging av nasjonale basistjenester, samt fortsatt støtte til utvikling av de regionale helsenettene.

Det er også behov for å spesifisere krav til kommunikasjonsløsninger for tilknytning av legekontor til helsenett og bidra til bred utrulling av elektronisk samhandling på legekontorer.

Elektronisk samhandling: Departementet vil videreføre arbeidet med å standardisere informasjonsinnholdet i journaler for å legge til rette for effektiv informasjonsutveksling, samt følge opp arbeidet med innføring av pasientjournaler i sykehus og formidle erfaringer med tanke på gevinstrealisering. Arbeidet med bred utbredelse av de

viktigste elektroniske meldingene mellom sykehus og legekontorer vil bli videreført. Det vil bli iverksatt tiltak for å forberede elektronisk samhandling i pleie- og omsorgstjenesten. En annen viktig oppgave er å videreutvikle og vedlikeholde helsevesenets kodeverk, samt sikre drift og elektronisk distribusjon av kodeverket.

Rikstrygdeverket har betydelig informasjonsutveksling med de fleste aktørene i helsevesenet, og er en viktig samarbeidspart for utviklingen av helsenett og elektronisk samhandling i helsevesenet. Trygdeetaten bruker flere hundre årsverk på manuelle registreringsoppgaver i dag, og vil kunne frigjøre et betydelig antall årsverk hvis de kan motta sykemeldinger og legeerklæringer elektronisk. Trygdeetaten har satt i gang et prosjekt for å tilrettelegge for elektronisk innsending av sykemeldingsattest og legeerklæring. Det vil bli gjennomført utprøving i 2002, med sikte på å ha et driftsklart system ferdig pr. 1.1.2003. Målet er at alle leger og sykehus skal gå over til elektronisk innsending av sykemeldinger til Rikstrygdeverket.

Anvendelse av telemedisin: Departementet vil innføre nye telemedisinske takster i 2002 for å stimulere til økt rutinemessig bruk, følge opp telemedisinske demonstrasjonsprosjekter i regionene samt bidra til erfaringsformidling fra prosjektene. Det vises for øvrig til omtale under kap. 730, post 66 Helseregionale- og andre samarbeidstiltak om tilskudd til Nasjonalt senter for telemedisin.

Publikumstjenester: Departementet vil følge opp underliggende etaters hjemmesider og arbeid med døgnåpen forvaltning, og vil kare beste nettsted i helse- og sosialsektoren. Det er bl.a. et mål at internettsider skal ivareta kvalitetskriterier som sikrer ulike grupper med funksjonsreduksjoner god tilgjengelighet til offentlig informasjon. Departementet vil bidra til utprøving av elektronisk kommunikasjon med pasienter og vurdere sikkerhetskrav.

Det er vanskelig å beregne gevinst-/innsparingspotensialet ved innføring av IT og elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren. Et grovt anslag som departementet har gjort basert på studier av innføring av elektronisk pasientjournal, elektronisk meldingsutveksling, telemedisinsk konsultasjon primærlege/spesialist og samarbeid om digital røntgen (PACS), gir et samlet effektiviseringspotensiale på om lag 1 mrd. kroner årlig. Dette er potensielle frigjorte midler/ressurser som kan settes inn i direkte pasient- og behandlingsrelatert aktivitet. Det understrekes at man her står overfor en nødvendig investering for

å omstille sektoren til å ta i bruk mer ressursbesparende metoder for samhandling.

Nasjonalt senter for fritt sykehusvalg og ledig behandlingsskapasitet er nødvendig for å ta ut det fulle potensialet i ordningen med fritt sykehusvalg. En informasjonssentral skal sørge for at pasienter og henvisende leger raskt og enkelt finner frem til sykehus med kortest ventetider. Informasjonssentralen skal også ha ansvar for å etablere et system i det nasjonale helsenettet for elektronisk timebestilling, slik at henvisninger i forbindelse med fritt sykehusvalg ikke medfører betydelig ekstraarbeid for pasienter eller henvisende lege. Informasjonssentralen skal også formidle ledig behandlingsskapasitet mellom de regionale helseforetakene, og dermed bistå foretakene i å sørge for at befolkningen får rimelig tilgang til helsetjenester.

Nasjonalt senter for fritt sykehusvalg og ledig behandlingsskapasitet skal sørge for en nødvendig overordnet styring og samordning av den formidlingsvirksomheten som i dag drives i regi av helseregionene, og som skal overføres til de regionale helseforetakene fra årsskiftet. Driften av det nasjonale senteret skal gjøres til gjenstand for anbudskonkurranse. Både offentlige og private virksomheter kan delta, og lokalisering vil avhenge av utfallet av anbudskonkurransen.

Post 70 Tilskudd til helseforetak

Budsjettforslag for 2002

Statens finansiering rettes i hovedsak inn mot de regionale helseforetakene som utarbeider budsjettene på helseforetakene, og som også tar stilling til behovet for avtaler med private virksomheter. Gjennom etableringen av foretak vil de private virksomhetene få en annen formell og organisatorisk struktur å forholde seg til. Men reformen er ikke basert på at de private virksomhetene som leverer helsetjenester skal komme i noen annen situasjon hva gjelder deres rolle i den samlede spesialisthelsetjenesten. Med basis i budsjettforslaget som nå legges fram, vil det bli gjennomført dialog med de aktuelle private virksomhetene med sikte på å avklare deres situasjon for 2002. Dette er i tråd med intensjonen i reformen.

Stortinget har sluttet seg til at hovedstrukturen i dagens finansieringsordninger videreføres i 2002, jf. Ot.prp. nr.66 (2000-2001). Bevilgningene til dagens statssykehus og sektorens andel av fylkeskommunenes frie inntekter, skal tilføres de regionale helseforetakene. De fleste av dagens øremerkede tilskudd til spesialisthelsetjenesten

skal følge samme finansieringsprinsipp som i dag. Den viktigste endringen er at det regionale helseforetaket blir tilskuddsmottaker. Poliklinikktilskuddet vil imidlertid som i dag fortsatt gå direkte til sykehusene. Det legges imidlertid allerede fra 2002 opp til noen justeringer og forenklinger, herunder ved at noen øremerkede tilskudd slås sammen eller legges inn i de regionale helseforetakenes «basisbevilgning». Det vises til tabellen og omtalen under øremerkede tilskudd som gir en oversikt over hvilke øremerkede ordninger som er slått sammen eller innlemmet i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. Det legges opp til en oppfølging av disse formålene i samsvar med beløpene som framgår av tabellen.

Basisbevilgningene til de regionale foretakene består i hovedsak av bevilgningene til dagens statlige sykehus, tilskudd til investeringer og uttrekket fra fylkeskommunenes inntektsrammer tilsvarende om lag 26 mrd. kroner, dvs. sektorens andel av fylkeskommunenes frie inntekter.

Både de øremerkede tilskuddene og basisbudsjettet til de regionale helseforetakene er anslagsvis fastsatt for å ta høyde for samlet lønns- og prisvekst. I tillegg er det lagt inn i kompensasjon for momsreformen. I opplegget er det med andre ord tatt høyde for lønnsvekst gjennom ordinære tariffoppgjør, samt en prisvekst på andre innsatsfaktorer.

I forbindelse med Stortingets behandling av kommuneproposisjonen for 2002 ble det vedtatt å trekke ut omlag 800 mill. kroner mindre fra fylkeskommunenes økonomiske rammer enn spesialisthelsetjenesten antas å koste. Det er foreslått avsatt 800 mill. kroner til inndekning av dette beløpet for de regionale helseforetakene. Det knytter seg usikkerhet til hva som er det faktiske kostnadsnivået for spesialisthelsetjenesten ved inngangen til 2002.

Satsingen i dette budsjettet skal isolert sett kunne gi grunnlag for en samlet aktivitetsøkning i spesialisthelsetjenesten på 1 til 2 pst. Gjennom effektivisering kan aktivitetsveksten bli større enn dette.

I uttrekket fra fylkeskommunenes inntektsrammer, jf. Kommuneproposisjonen for 2002, ble det lagt til grunn at renteinntektene i dagens fylkeskommuner er avkastning på formue som vil ligge igjen i fylkeskommunene. Noe av fylkeskommunenes renteinntekter knytter seg imidlertid til likviditet innenfor spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene vil ha en likviditetsbeholdning som vil kunne gi renteinntekter tilsvarende i størrelsesorden 140 mill. kroner samlet sett. Fylkeskommunene vil ha et tilsvarende ren-

tetap. Uttrekket fra fylkeskommunene er på denne bakgrunn reduserte med dette beløpet. Det forutsettes at inntektsrammen, inkludert kortsiktige renteinntekter, forblir den samme. Det vises for øvrig til St.prp. nr.82 (2000-2001) Kommuneproposisjonen og til St.prp. nr.1 (2001-2002) for Kommunal- og regionaldepartementet.

Sosial- og helsedepartementet foreslår å fjerne kryptaket i ISF-ordningen. Til grunn for løsningsforslaget er det forutsatt budsjettneutralitet. Ved utgangen av 2001 er det anslått at DRG-indeksen vil overskride kryptaket svarende til 365 mill. kroner for fylkeskommunene samlet sett. Når kryptaket fjernes vil de regionale helseforetakene få utbetalt dette beløpet som økte ISF-refusjoner. Fordelingsvirkningene av dette er håndtert gjennom en forholdsmessig reduksjon i den statlige basisfinansieringen. Beløpet vil bli etterregnet når avregningen for 2001 foreligger våren 2002. Det vises for øvrig til omtale under kap. 730 post 70 Innsatsstyrt finansiering av sykehus.

Foreløpig fordeling av basisbevilgningene mellom de fem regionale helseforetakene

Regionalt helseforetak	2002
Sør	5,9 mrd. kroner
Øst	9,8 mrd. kroner
Vest	4,4 mrd. kroner
Midt-Norge	3,3 mrd. kroner
Nord	2,9 mrd. kroner

I budsjettframlegget som nå fremmes er basisbevilgningen til de regionale helseforetakene samlet på post 70. Det vil bli fremmet tilleggsnummer der bevilgningen vil bli fordelt på de regionale helseforetakene. Bevilgningen til det enkelte regionale foretak vil da bli foreslått på egne poster.

Fylkeskommunenes frie inntekter blir fordelt gjennom inntektssystemet som er beregnet på grunnlag av objektive kriterier. Uttrekket fra fylkeskommunenes rammer ifm. overtakelsen, jf. Kommuneproposisjonen, er imidlertid basert på utgifter til spesialisthelsetjenesten i 2000. Departementet har valgt å fordele basisbevilgningen mellom de fem regionale helseforetakene i 2002 med utgangspunktet i samme prinsipp.

Etter departementets vurdering vil denne fordelingen gi det beste grunnlaget for å sikre fortsatt høy behandlingsaktivitet i alle regioner i 2002.

Det vil bli vurdert hvorvidt fordelingen av basisbevilgningen i fremtiden, i større grad enn i dag, skal baseres på et sett med andre kriterier.

De enkelte regionale helseforetak skal med dette forslag til basisbudsjett være i stand til å ivareta det omfang av oppgaver som de er tillagt og med de ambisjoner om vekst som omtalt ovenfor.

Fordeling mellom de regionale helseforetak er foreløpig. Endelig tildeling vil kunne avvike noe. I basisbudsjettet er det tatt høyde for finansiering av løpende driftsutgifter, samt finansiering av utstyrplanen, jf. kap.730, post 64. I tillegg inneholder basisbudsjettet midler slik at de regionale helseforetakene kan finansiere det som er forutsatt som medfinansiering i forbindelse med utstyrplan, vekst i pasientbehandlingen, samt medfinansiering i investeringsplanen for psykisk helsevern.

Om lag 2,5 mrd. kroner er foreløpig ikke fordelt i det fordelingsopplegg som er omtalt ovenfor. Dette skyldes hovedsakelig to forhold. For det første vil departementet sørge for en endelig fordeling av midler mellom de regionale helseforetakene som tar hensyn til de omstillingsavtaler som er inngått for de som i dag er ansatt i fylkeskommunal administrasjon, samt andre vesentlige administrasjonsutgifter som skal overtas. Til senere fordeling er det satt av 0,5 mrd. kroner.

Resterende ufordelt beløp, totalt om lag 2,0 mrd. kroner skal brukes til finansiering av utstyrplanen, samt pågående og nye investeringsprosjekt i bygg og anlegg. Departementet vil komme nærmere tilbake med forslag til styring, finansiering og ansvar for denne type investeringer i første omgang i eget tilleggsnummer til 2002-budsjettet.

Øremerkede tilskudd

Psykisk helsevern finansieres hovedsakelig gjennom basisbevilgningen til de regionale helseforetak. Foreløpige tall fra Samdata Psykiatri viser at ca 80 pst. av driftsutgiftene for 2000 ble finansiert av fylkeskommunene. I tillegg kommer poliklinikkrefusjoner og andre øremerkede tilskudd, herunder øremerket tilskudd fordelt etter objektive kriterier over Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Ordningen med øremerkede tilskudd til psykisk helsevern vil bli opprettholdt i 2002. Begrunnelsen er tre-delt:

- Det mangler fortsatt en alternativ finansieringsmåte til dagens rammefinansiering kombinert med øremerkede tilskudd.
- Øremerkede tilskudd til psykisk helsevern skal fortsatt demme opp for uønskede vridninger som følge av ISF
- Tilskuddene skal nyttes til realisering av helt konkrete opptrappingsmål i de fylkesvise psykisk helsevern-planene.

Alternative finansieringsordninger for psykisk helsevern bør utredes. Departementet forbereder nå en gjennomgang av poliklinikkrefusjonssystemet i psykisk helsevern, for å sikre at systemet bidrar til å nå de helsepolitiske målene i opptrappingsplanen.

Det vises til nærmere omtale under kap. 743 post 75.

Noen av dagens øremerkede tilskudd er slått sammen eller er innlemmet i basisbevilgningen. Nedenfor følger en oversikt.

Oversikt over øremerkede tilskudd som legges inn i basisrammen for de regionale helseforetakene.

Kap.	Post	Betegnelse	Forslag 2002 i 1000 kr
701.	21	Spesialisthelsetjeneste i samiske områder	2 800
703.	60	Helsetjenesten for innsatte i fengsel	6 900
705.	60	Psykiatrisk Forskningssenter for Finnmark og Troms	1 500
730.	63	Refusjon godkjente kapitalutgifter	8 800
730.	66	Helseregionale- og andre samarbeidstiltak	
		- Nasjonalt senter for telemedisin	26 000
		- Nordnorsk helsenett	5 000
730.	67	Andre tilskudd	
		- Yrkesmedisinsk avdeling ved Telemark sentralsykehus	3 100
		- Trykkammerbehandling ved Vest-Agder sentralsykehus	800

Kap.	Post	Betegnelse	Forslag 2002 i 1000 kr
		- Kompetansesenter for aldersdemens	6 500
		- Beredskap, Gardermoen	3 250
		- Kompetansesenter, revmatikere	4 300
		- Livshjelp	5 000
		- Sykestuer	5 100
739.	77	Tilskudd til helsepersonellbemanning i luftambulansetjenesten (før 739.60)	54 5000
739.	78	Avtaler knyttet til legespesialister og psykologer	180 500
		Sum	314 050

Spesialisthelsetjeneste i samiske områder

Det er i 2002 lagt inn 2,8 mill. kroner til drift av spesialistlegesenteret i Karasjok og Barne- og ungdomspsykiatrisk senter/Psykiatrisk ungdomsteam i Karasjok.

Helsetjenesten for innsatte i fengsel

Det er i 2002 lagt inn 6,9 mill. kroner til psykisk helsevern for innsatte i fengsel.

Psykiatrisk Forskningscenter for Finnmark og Troms.

Det er i 2002 lagt inn 1,5 mill. kroner for å styrke forskningsaktiviteten i Finnmark og Troms innen psykiske lidelser, og derigjennom bidra til omstilling, kompetanseheving og utvikling av bedre behandlingstilbud.

Refusjon godkjente kapitalutgifter

Denne finansieringsordningen bortfaller generelt fra 2002. Det er imidlertid vedtatt en overgangsbestemmelse som sikrer private sykehus fortsatt dekning av utgifter i henhold til tidligere ordning med refusjon av godkjente kapitalutgifter. Det er i 2002 lagt inn 8,8 mill. kroner til dette formålet.

Helseregionale- og andre samarbeidstiltak

Det er i 2002 lagt inn 26 mill. kroner som et statlig tilskudd til driften av et nasjonalt kompetansesenter innen telemedisin i Tromsø, samt 5 mill. kroner til oppbygging av nettverk hvor primærhelsetjenesten trekkes inn.

Yrkesmedisinsk avdeling ved Telemark sentralsykehus

Det er i 2002 lagt inn 3,1 mill. kroner til drift av yrkesmedisinsk avdeling ved Telemark sentralsykehus.

Trykkammerbehandling ved Vest-Agder sentralsykehus

Det er i 2002 lagt inn 0,8 mill. kroner til drift av trykkammerbehandling ved Vest-Agder sentralsykehus.

Kompetansesenter for aldersdemens

Det er i 2002 lagt inn 6,5 mill. kroner til kompetansesente for aldersdemens som består av to enheter: én ved Ullevål sykehus – Klinikk for geriatri og rehabilitering – og én ved Vestfold sentralsykehus, avd. Granli.

Beredskaps- og ambulansetjeneste ved Oslo lufthavn, Gardermoen

Det er i 2002 lagt inn 3,25 mill. kroner til beredskapstjeneste ved flyplassen knyttet til drift av transittstasjon for ambulansetjenesten.

Kompetansesenter for revmatikere ved Diakonhjemmet i Oslo, funksjonstilskudd

Det er i 2002 lagt inn 4,3 mill. kroner til drift og støtte til investering av kompetansesenteret og tilskudd til landsfunksjoner.

Livshjelp

Det er i 2002 lagt inn 5 mill. kroner til kompetanseoppbygging.

Sykestuer

Det er i 2002 lagt inn 5,1 mill. kroner til fortsatt drift av de 42 sykestueplassene i Finnmark.

Tilskudd til helsepersonellbemanning i luftambulansetjenesten

Det er i 2002 lagt inn 54,5 mill. kroner til å dekke utgifter knyttet til helsepersonellbemanningen i luftambulansetjenesten.

Avtaler knyttet til legespesialister og psykologer

Det er i 2002 lagt inn 180,5 mill. kroner til formålet. I forbindelse med innstramming i refusjonsretten for leger, psykologer og fysioterapeuter uten driftsavtale i 1998, ble det etablert en tilskuddsordning for fylkeskommuner og kommuner som inngikk driftsavtale med aktuelle yrkesutøvere («ny avtalepolitikk»). Tilskuddet var forutsatt å opprettholdes som øremerket tilskudd i fem år, for så å innlemmes i rammetilskuddene. Ansvaret for driftsavtaler med privatpraktiserende legespesialister og spesialister i klinisk psykologi overtas av staten gjennom foretakene.

For ytterligere omtale av ovennevnte tilskuddsordninger, vises til de kapitler midlene er overført fra, jf. tabellen ovenfor.

I tråd med Ot.prp. nr.66 (2000-2001) har departementet satt i gang et større arbeid for å gjennomgå alle øremerkede finansieringsordninger med sikte på forbedring og forenklinger. Dette arbeidet omfatter også en vurdering av mulige vridningseffekter mellom ulike former for pasientbehandling og undervisnings- og forskningsoppgaver. Arbeidet vil vektlegge forenkling, forutsigbarhet, risikohåndtering og fleksibilitet, samtidig som det fokuseres både på hensynet til kostnadskontroll og stimulering til høy aktivitet. Det er også et siktemål å redusere antall finansieringsordninger. Departementet vil komme tilbake til dette.

Aktivitet/ambisjon i 2002

Den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten legger, sammen med ny organisering, i seg selv til rette for gjennomføring av tiltak for at uødig ventetid reduseres.

Donortilgang

Ved behandlingen av Innst. S. nr. 153 (2000-2001) om å iverksette nødvendige tiltak for å bedre tilgangen på transplantasjonsorganer i Norge, jf. Dok. nr. 8:5 (2000-2001) vedtok Stortinget å be regjeringen i budsjettet for 2002 å legge frem forslag om at det ved alle godkjente donorsykehus skal utpekes en ansvarlig koordinator ved akuttavdelingene, og at donorsykehusene sikres økonomisk kompensasjon for den innsatsen som gjøres for å ivareta disse oppgavene. Sosial- og helsedepartementet vil i tildelingen til de regionale helseforetakene stille som vilkår at det utpekes en ansvarlig koordinator som skal ha som oppgave å samordne uttak fra aktuelle pasienter ved sykehuset. Det vil bli forutsatt at de aktuelle sykehus prioriterer tilstrekkelige ressurser til å ivareta denne oppgaven.

Kliniske etikkomiteer

Stortinget har vedtatt å be regjeringen redegjøre for status og fremdrift for opprettelse av kliniske etikkomiteer ved alle sentral- og regionsykehus i forbindelse med statsbudsjettet for 2002. Det vises til omtale under kap. 739, post 21. Etter departementets oppfatning har den valgte strategien med en nasjonal koordineringsinstans og etablering på frivillig grunnlag hittil vært positiv. Dersom det etter en tid viser seg at dette ikke fører fram i alle regioner, vil departementet i de første foretaksmøtene for de regionale helseforetakene vurdere å behandle opprettelse av kliniske etikkomiteer ved alle region- og sentralsykehus.

Ved Ålesund Sentralsykehus er Sosial- og helsedepartementet orientert om et vedvarende problem med overbelegg og korridorpasienter ved sykehusets medisinske avdeling. I forbindelse med statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten har departementet forutsatt at de nødvendige midler blir stilt til disposisjon for Sentralsykehuset i Ålesund slik at sykehuset i 2002 kan pusse opp og ta i bruk en sengepost som i dag står ubrukt ved sykehuset.

Ved Kongsvinger sjukehus er det planer om å etablere et helhetlig helsesenter som vil gi publikum tilgang på flere helse- og velferdstjenester på samme område. Et forprosjekt skal utarbeide planer for hvordan sykehusets tjenester kan samlokaliseres med kommunale og private helsetjenester. Konseptet er tenkt som et samarbeid mellom offentlige og private krefter. Sosial- og helsedepartementet vurderer ideen som interessant og har gitt tilsagn om støtte til forprosjektet med inntil 1

mill. kroner som forventes å komme til utbetaling i 2002.

Departementet skal trekke fram at det i oppfølgingen av de regionale helseforetakene vil bli lagt vekt på å etablere god faglig kontakt mellom Statens senter for epilepsi og spesialsykehjem knyttet til dette området. Dette gjelder Kure epilepsisenter og Røysumtunet habiliteringssenter. Bestillingene vil skje fra de regionale helseforetakene som har ansvar for de aktuelle pasientene, men at avtalene – som forutsettes å være av rammekarakter – med de to nevnte institusjonene koordineres gjennom det ansvarlige regionale helseforetaket for Statens senter for epilepsi – Helse Sør RHF.

Når det gjelder hovedrammer og videre arbeid for nye SiA har Sosial- og helsedepartementet i brev av 20.07.2001 til Akershus fylkeskommune bekreftet at den videre prosjektering kan skje med utgangspunkt i en brutto arealramme for somatisk del på 129 300 m². Kirke-, undervisnings- og forskningsdepartementet vil ta stilling til universitetsarealet som skal inngå i den totale planleggingen. Faglig godkjenning av prosjektet etter Lov om spesialisthelsetjeneste m.m. skjer på grunnlag av revidert Hovedfunksjonsprogram. Endelig godkjenning av den totale kostnadsrammen og finansieringen tas på grunnlag av kvalitetssikret forprosjekt.

Når det samlede beslutningsunderlaget for prosjektet foreligger vil det tilligge det regionale helseforetaket å foreta en gjennomføringsbeslutning som er tilpasset foretakets budsjettsituasjon.

Styringsregime

En av reformens viktigste tiltak er klarere fastlagte roller og ansvar for sykehus og øvrige institusjoner i spesialisthelsetjenesten. Dette følger av at virksomhetene ikke lengre vil være en integrert del av forvaltningen, men organiseres som egne rettssubjekt. Et av siktemålene er å gi sykehusene og deres ledere en klarere ansvars- og fullmaktsposisjon slik at ledelsen får et mer helhetlig ansvar for den løpende drift, både med hensyn til personell og realkapital. Det forutsetter at eierstyringen konsentreres til overordnede spørsmål. Helseforetaksloven forutsetter imidlertid at de regionale helseforetakene må forelegge for staten som eier spørsmål av vesentlig betydning. I tillegg må spørsmål av helsepolitisk karakter forelegges staten som helsepolitisk myndighet. I en overgangsperiode er det også foreslått en noe sterkere statlig styring gjennom en rekke øremerkede til-

skudd og styring av investeringer enn det legges opp til på sikt.

Det legges opp til at eierstyringen i tillegg til bruk av vedtektene i hovedsak skal skje gjennom budsjettdokumenter til Stortinget og gjennom foretaksmøter mellom departementet og styrene i de regionale helseforetakene. Det legges også opp til at Stortinget i utgangspunktet informeres om tilstandsvurderinger og rapporteringer i budsjettdokumentene. Det kan imidlertid være ønskelig eller nødvendig å legge frem egne helsepolitiske dokument, meldinger eller planer for enkelte områder for Stortinget. Departementet vil komme tilbake til dette.

Helseforetakslovens § 34 fastslår at de regionale helseforetakene hvert år skal utarbeide en melding om foretakets virksomhet som forelegges departementet. Meldingen skal også omfatte de helseforetak som det regionale helseforetaket eier. Disse innspillene vil være en viktig del av departementets og regjeringens arbeid med planer og styring av spesialisthelsetjenesten og vil også være et viktig grunnlag for framlegg av de helsepolitiske problemstillingene overfor Stortinget. Når de regionale helseforetakene og helseforetakene er etablert vil det være et bedre grunnlag for konkret gjennomgang av de framtidige planordningene og Sosial- og helsedepartementet vil i revidert nasjonalbudsjett komme tilbake til det samlede styringsopplegget på området.

Det skal etter at budsjettet er vedtatt utformes styringsdokumenter for 2002-budsjettet for de fem regionale helseforetakene. Styringsdokumentene skal overleveres på foretaksmøter mellom helseministeren og de regionale helseforetakene. Det tas sikte på å lage kun ett styringsdokument som omfatter alle tilskudd og rapporteringskrav pr. regionale helseforetak. Styringsdokumentet skal redegjøre for budsjettammenningen og de krav og rammer som settes for mål, rammer og resultatkrav. Styringen vil baseres på Stortingets budsjettvedtak med premisser. Det skal redegjøres spesielt for konsekvensene av at foretakene ikke lengre er en del av forvaltningen og det statlige økonomisystemet. Videre skal dokumentet beskrive hvilke oppgaver som skal utføres, herunder eventuelle aktivitetskrav og kvalitetskrav, samt rapporteringskrav og rutiner.

Styring og finansiering

De regionale helseforetakene blir tillagt ansvaret for å finansiere underliggende helseforetak. Det viktigste finansielle grunnlaget legges gjennom basisbevilgningen, øremerkede tilskudd til psyki-

atrien etc, samt de aktivitetsavhengige utbetalingerne fra staten (ISF og poliklinikk). Det er den samlede tildelingen av basistilskudd og aktivitetsavhengige inntekter som totalfinansierer aktiviteten. Gjennom at deler av inntektene til de regionale helseforetakene er avhengig av aktivitet, gis disse også et finansielt grunnlag for å inngå aktivitetsbaserte avtaler på neste nivå, nemlig med de enkelte helseforetak. En aktivitetsvekst for det enkelte helseforetak forutsetter imidlertid at det er planlagt et finansielt grunnlag, både i forhold til aktivitetsavhengige inntekter og basisfinansiering. Det kan selvsagt også planlegges et finansielt grunnlag for aktivitetsvekst gjennom fristilling av ressurser, jf. det omstillings- og effektiviseringspotensialet som kan ligge i reformen.

Styring og finansiering av investeringer

Et viktig element i reformen er å organisere virksomheten i helseforetak med ansvar både for kapitalbruken og de andre innsatsfaktorene. Dette gir mulighet for en samlet vurdering av all ressursbruk, både mellom de ulike innsatsfaktorene og mellom de ulike investeringsprosjekt. Det regionale helseforetaket har derfor en viktig oppgave i å tilrettelegge for en best mulig utnyttelse av samlet ressursbruk innen regionen.

I Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) ble det lagt til grunn at det på kort sikt er hensyn som tilsier en noe sterkere statlig styring og kontroll. «Det legges derfor opp til en mer direkte styring og kontroll av investeringsbeslutninger i den første perioden etter overtakelsen».

Videre ble det vist til at «departementet vil arbeide med en hensiktsmessig avveining av ulike hensyn knyttet til håndtering av investeringer og komme tilbake til Stortinget med forslag».

For tiden kjenner departementet til planlagte utbyggingsprosjekter i fylkeskommunene som til sammen utgjør 30 – 35 mrd. kroner. Igangsetting av prosjektering og planleggingsaktiviteter har også økt den siste tiden. Disse aktivitetene vil legge store føringer på ressursbruken og prioriteringen i helsesektoren i tiden fremover. Det er også et ansvar for eier at de samlede investeringer som foretas ikke gir større kostnader enn hva som kan dekkes av kommende års inntekter. Det er derfor viktig at staten som eier har en god styring på den samlede porteføljen av investeringsprosjekter.

Departementet vil også peke på at Stortinget tidligere har sluttet seg til Kommuneproposisjo-

nen der det heter at «Regjeringen legger i dette økonomiske opplegget til grunn at fylkeskommunene ikke foretar tilpasninger og særskilte tiltak som følge av statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten [...]. Det vil bli foretatt en vurdering av ovennevnte senest i forbindelse med kommuneopplegget for 2003».

De samlede investeringer i sykehussektoren representerer betydelige bindinger på nasjonale økonomiske ressurser. Det legges også til grunn at overgangen til statlig eierskap og nye organisatoriske rammebetingelser vil utgjøre en stor ledelsesmessig utfordring for de nye styrene. Det er knyttet usikkerhet til hvorvidt de samlede planer og aktiviteter, som i dag skjer i regi av fylkeskommunene, lar seg innpasse i budsjettammen. Departementet vil derfor allerede nå varsle om umiddelbare tiltak for å sikre aktiv styring med de samlede planer for investeringer. På kort sikt innebærer dette at det gjennomføres et prosjekt i departementet som skal forestå en kritisk gjennomgang av alle planlagte og godkjente investeringsprosjekter av en viss størrelse. I denne gjennomgangen blir det sentralt å kartlegge prosjektenes omfang og økonomi, alle typer bindinger og forpliktelser, samt foreslå en nasjonal prioritering og forslag til finansiering. Dette vil bli lagt frem for Stortinget i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett 2002. Investeringsrammen vil også bli vurdert på nytt i denne sammenheng.

Selv om det herved varsles en sentral styring av større investeringsprosjekt i 2002 skal det understrekes at de regionale helseforetakene fra første dag skal gis et selvstendig ansvar for prioritering i anskaffelser av utstyr og mindre prosjekt. På lengre sikt skal også de regionale helseforetakene ha ansvar for prioritering og beslutning om større investeringer. Dette er også i overensstemmelse med det ansvar og de fullmakter som skal tilligge helseforetakene, jf. Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)/Innst. O. nr. 118 (2000-2001).

2002 vil være et overgangsår. Dette innebærer at en vil bruke noe mer tid til å vurdere og gjennomgå prinsipper for håndtering og finansiering av investeringer og rammebetingelser for de regionale helseforetakene og virksomhetene, herunder åpningsbalanser, avskrivninger mv. Departementet vil komme tilbake til dette. Det forutsettes full tilpasning av modellen i 2003.

Departementet vil i første omgang komme tilbake til styring og finansiering av investeringer i eget tilleggsnummer til 2002-budsjettet. En vil i den forbindelse også fastsette driftskreditter.

Lønnsdannelse og kompensasjon for foretak

Regjeringen har lagt vekt på at lønnsdannelse og lønnsutvikling skal skje i hht. fastsatte rammer og mål for helsepolitikk og inntektspolitikk innenfor den valgte foretaksmodell.

Ved valg av arbeidsgiverforening la regjeringen vekt på at kompetansen til å inngå tariffavtaler skal legges til foretakene og den arbeidsgiverforening de inngår i. Innenfor denne modellen er det en forutsetning at staten som eier ikke involveres i lønnsdannelsen på annen måte enn ved på forhånd å fastlegge økonomiske rammer for helseforetakene, og gjennom foretaksmøtet og vedtekter å kunne gi overordnede retningslinjer for hvordan foretakene skal håndtere spørsmål om lønnsdannelse. Regjeringen vil følge utviklingen i forhold til helse- og inntektspolitiske målsetninger.

Risikoforhold knyttet til gjennomføringen av sykehusreformen

Innføring av statlig eierskap og foretaksorganisering av virksomhetene innebærer en betydelig omlegging av ansvars- og styringsforhold. Endringene er i første grad knyttet til nyetableringen av de regionale helseforetakene og til relasjonen mellom disse og de nye helseforetakene. Den nye organiseringen av helseforetak vil i stor grad være forankret i eksisterende virksomheter som gjennomgående blir forankret i helseforetak. Dette bekreftes av de første vedtakene som styrene har

fattet om inndelingen i helseforetak. Det skal føyes til at styrene dels har satt som premiss for sine vedtak at de vil arbeide videre med spørsmålet om å finne fram til samlede og mer varige organisasjonsløsninger. Det skal understrekes at det også på helseforetaksnivå skjer endringer ut over selve overgangen til foretaksorganisering, dels ved at styrene noen steder har funnet grunnlag for at det allerede nå må gjennomføres restruktureringer og dels ved at det har vært nødvendig å knytte de mindre virksomhetene til større organisatoriske enheter.

Når det gjelder de praktiske rammene for selve oppgaveløsningen vil denne i hovedsak ikke bli endret ved selve overtakelsen. Innføringen av reformen vil imidlertid stille nye krav til praktiseringen av administrative systemer blant annet knyttet til lønn og økonomifunksjoner. Men også på områder som mer direkte påvirker den faglige oppgaveløsningen, slik som IT, vil det skje endringer: Det er på disse områdene viktig å påse at endringer ikke fører til svikt i oppgaveløsningen. I gjennomføringen av reformen vil det være en prioritert oppgave å påse at risikoforhold ikke realiseres. To elementer vil i så henseende stå sentralt. For det første at det frem til årsskiftet settes et samlet søkelys på forutsetningene for at det enkelte helseforetak skal kunne løse sine oppgaver på forsvarlig måte og at med dette perspektivet de nødvendige forberedelser og tiltak gjennomføres. For det andre skal det etableres en beredskap i forhold til at risikosituasjoner oppstår, slik at tiltak raskt kan settes inn.

Kap. 0733 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert budsjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter	4 859	4 700	
	Sum kap 0733	4 859	4 700	

Overført fra 2000 til 2001:

Post 01: 28 000 kroner.

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 7,6 pr. 1. mars 2000 og 6 pr. 1. mars 2001.

På bakgrunn av forslag i St.prp. nr. 84 (2000-2001), jf. Innst. S. nr.325 (2000-2001) foreslås sekretariatet for Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling organisert som en

del av det nye Sosial- og helsedirektoratet, jf. omtale under kap.706.

Rådet er rådgivende for Sosial- og helsedepartementet på kvalitet, effektivitet og gjennomføring av spesialistutdanning for leger. De sentrale partene i spesialistutdanningen, Kommunenes Sentralforbund, Oslo kommune, Den norske lægeforening, Statens helsetilsyn/fylkeslegene, helseregionene og universitetene, er representert i rådet. Norsk pasientforening har én representant.

Nasjonalt råd utreder dagens spesialistutdanning for leger med tanke på forbedringer i utdanningens kvalitet og effektivitet. Den første utredningen om de sykehusbaserte spesialitetene forelå ved årsskiftet 2000/2001. I 2001 har utredningsarbeidet fortsatt med etterutdanning for legespesialister og vurdering av spesialitetsstrukturen.

Nasjonalt råd gir også råd til departementet i legefordelingsspørsmål. For å redusere antall ubesatte legestillinger, er en restriktiv med opprettelse av nye legestillinger.

Det er rådet som prioriterer aktiviteten i sekretariatet i samsvar med rådets mandat.

Kap. 3733 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (jf. kap. 733)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert budsjett 2001	Forslag 2002
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	57		
18	Refusjon av sykepenger	220		
	Sum kap 3733	277		

Kap. 0734 Det norske Radiumhospital

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert budsjett 2001	Forslag 2002
50	Statstilskudd	290 200	298 600	
	Sum kap 0734	290 200	298 600	

Antall årsverk var i følge det sentrale tjenestemannsregisteret 1 346 pr. 1. mars 2000 og 1 412 pr. 1. mars 2001.

Det vises til Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) om sykehusreformen hvor statssykehusene omfattes av ordningen. Det foreslås at statssykehusene legges inn under kap. 732 Regionale helseforetak og at sykehusenes bevilgning for 2002 overføres samme kapittel.

Tidligere har DRG-refusjonen blitt overført direkte fra departementet til Det Norske Radiumhospital. De regionale helseforetakene vil bli tilskuddsmottakere fra 2002. Det vises til kap. 730, post 70 om innsatsstyrt finansiering av sykehus.

Det Norske Radiumhospital (DNR) er landets spesialsykehus for diagnostikk, behandling, pleie og omsorg ved kreftsykdom. Sykehuset er et universitetssykehus og skal drive forskning på høyt internasjonalt nivå. Det skal videre være en drivkraft i forebygging av kreft og rehabilitering av kreftpasienter.

1. Resultatrapport 2000

Sykehusdriften ved DNR er intensivert fra 1999 ved at det er flere fremmøter til stråleterapi, større operasjoner og mer avansert diagnostikk og medikamentell behandling, inkl. høydosebehandling.

Aktivitetstall innlagte pasienter

	Mål 2000	Resultat 2000	Mål 2001	Forventet 2001
Antall kurdøgn	117 500	111 969	114 400	110 000
Innlagte pasienter i alt	5 650	5 574	5 650	5 500
Sykehusopphold	12 050	13 110	12 700	13 000
Stråleterapi, behandl.serier	-	3 100		3 350
Operasjoner	-	2 039		2 100

Avviket mellom måltall og resultat for antall kurdøgn kan i hovedsak forklares med at planlagt ytterligere ettermiddagsskift med stråleterapi ikke lot seg gjennomføre som følge av rekrutteringsproblemer innen stråleterapi. Måltallet for kurdøgn er følgelig nedjustert for 2001.

Polikliniske undersøkelser og behandling

	Resultat 2000	Forventet 2001
Konsultasjoner	23 523	24 000
Strålebehandling, fremmøter	24 306	27 000
Fremmøter totalt	47 829	51 000

Den polikliniske aktiviteten var større i 2000 enn de foregående årene, både hva gjelder konsultasjoner og strålebehandling. Det forventes at aktiviteten vil øke ytterligere i 2001.

Ventetiden for innleggelse ved DNR er normalt 2-4 uker, men for lindrende behandling var den betydelig lenger i 2000. Ventetiden for rekonstruksjoner etter brystkreftoperasjoner er fortsatt lang.

Det har skjedd en markert endring for enkelte pasientgrupper, spesielt brystkreft, når det gjelder den praktiske gjennomføringen av strålebehandlingen. Langt flere av pasientene får nå hele eller deler av diagnostisk utredning og behandling som et poliklinisk tilbud. Dette har ført til at antall polikliniske konsultasjoner og fremmøter til stråleterapi har økt kraftig. Antall fremmøter for inneliggende pasienter har blitt noe redusert, men totalt har antall fremmøter til stråleterapi økt.

Forskning og utvikling

DNR skal være et ledende sykehus innenfor kreftforskning.

Ved Institutt for kreftforskning ble det drevet grunnforskning knyttet til cellebiologi og kreft, og anvendt forskning knyttet til kreftbehandling, -diagnostikk og -forebygging. DNR la også i 2000 stor vekt på translasjonsforskning, dvs. forskning på overføring av resultat fra grunnforskningen til praktisk klinisk anvendelse. DNR hadde følgende institusjonelle satsingsområder: genterapi ved kreft, høydosebehandling med stamcellestøtte, mikrometastasediagnostikk, fotokjemisk behandling, immunterapi og kreftvaksiner, mikrodosimetri ved stråling og medikamentutprøving. Nytt satsingsområde i kjølvannet av kartleggingen av den menneskelige arvmassen var mikromatriseanalyser av genuttrykk. Nye kliniske studier innen genterapi og immunterapi er under oppstart og Senter for utdanning og forskning i stråleterapi under oppbygging. DNR leder det nasjonale nettverket for genterapi.

Undervisning

DNR er en universitetsklinikk og har bl.a. ansvar for den kreftrelaterte undervisningen for medisinerstudentene ved Universitetet i Oslo. Gjennom professor II-tilknytninger var DNR dessuten engasjert i utdanning av realister ved Universitetet i Oslo, sivilingeniører ved NTNU og fysikere ved Universitetet i Tromsø. Antall assistentlegestillinger og doktogradstipendiater var omtrent uendret, henholdsvis 50 og 75. Ved stråleterapeututdanningen var det i skoleåret 2000/2001 igjen et utvidet kull med 24 studenter. Videreutdanningen i onkologisk sykepleie hadde et kull på 23 i skoleåret 2000/2001.

2. Tilstandsbeskrivelse

Utviklingen i 2001 har vært preget av bemanningsproblemer innen stråleterapi. Da fagpersonell innen stråleterapi er en begrenset faktor sendes pasienter til Sverige og Bergen for stråleterapi behandling. DNR vil gjennomføre tiltak for å kunne bedre situasjonen noe fra siste del av 2001. Mammografiscreening i Akershus er gjennomført i henhold til revidert prosjektplan.

Strålesatelitten ved Vest-Agder Sentralsykehus startet opp driften i februar i 2001, og like før sommerferien var det full drift på begge maskiner. Dette gjør at noen pasientgrupper kan overføres fra DNR samtidig som nye pasientgrupper i Agder-fylkene får et tilbud. Rekruttering av personale til strålesatelitten på Gjøvik har startet.

DNR rapporterer om stort behov for vedlikehold og fornyelse av utstyr.

Nasjonal kreftplan og kreftsatsing

Over Nasjonal kreftplan er det bevilget midler til stråleterapibunkere og stråleterapiutstyr ved DNR. Stråleterapikapasiteten skal økes og det planlegges utvidelse av stråleterapienheten ved

sykehuset. Over kreftplanen bevilges også midler til oppbygging av kompetanse innen genterapi, arvelig kreft og lindrende behandling. Det vises for øvrig til omtale av kreftplanen under kap. 739, post 75 Kreftbehandling m.m.

Utbyggingsprosjekter ved DNR

I Innst. S. nr. 325 (2000-2001) til St.prp. nr. 84 (2000-2001), forutsatte komiteen at departementet i statsbudsjettet for 2002 vil redegjøre nærmere for den planlagte utbyggingen på Vestenghaugen.

Det pågår for tiden et arbeid med prosjektering av planlagt utbygging av nytt forsknings- og undervisningsbygg på Vestenghaugen, samt utvidelse av stråleterapienheten ved sykehuset. Brutto arealramme for totalprosjektet utgjør om lag 40 000 kvm, hvorav 21 000 kvm er avsatt til parkeringsareal i det nye forskningsbygget. Forprosjektet er forventet ferdig i mai 2002. Sosial- og helsedepartementet tar i 2002 sikte på å godkjenne kostnadsramme og byggestart. I henhold til fremdriftsplanen er stråleterapibygget planlagt ferdigstilt 2004, mens forskningsbygget er planlagt med oppstart i 2004 og ferdigstillelse i 2006.

Kap. 0735 Statens senter for epilepsi (jf. kap. 3735)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter	132 754	128 440	
45	Større utstysanskaffelser og vedlikehold, kan overføres	2 476	2 860	
	Sum kap 0735	135 230	131 300	

Overført fra 2001 til 2002:

Post 01 3 961 000 kroner

Post 45 1 147 000 kroner

Antall årsverk var i følge det sentrale tjenestemannsregisteret 226,8 pr. 1. mars 2000 og 231 pr. 1. mars 2001.

Det vises til Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) om sykehusreformen hvor statssykehusene omfattes av ordningen. Det foreslås at statssykehusene legges inn under kap. 732 Regionale helseforetak og at sykehusenes bevilgning for 2002 overføres samme kapittel.

Statens senter for epilepsi (SSE) er et spesialsykehus og forsknings- og kunnskapssenter med landsfunksjoner for avansert utredning og behandling av epilepsi. Landsfunksjonen for epilepsikirurgi ivaretas i samarbeid med nevrokirurgisk avdeling ved Rikshospitalet, som foretar inngrepene. SSE har også kompetansesenter for tuberøssklerose og lignende tilstander, og kompetansesenter for pasienter med psykisk utviklingshemming med epilepsi.

Resultatrapport 2000/2001

Resultatmål for Statens senter for epilepsi

Resultatmål	Resultat 1999	Resultat 2000	Mål 2001	Forventet 2001
Kurdøgn	24 044	23 305	24 000	23 300
Utskrevne pasienter	1 014	1 028	1 100	1 000
Poliklinikk:				
– antall konsultasjoner	1 387	1 357	1 300	2 500
– antall pasienter	892	1 016	800	1 600
Undersøkelser klinisk-nevrofysiologis lab	3 277	2 536	3 300	3 300
Antall telemetritimer	19 457	22 077	17 000	22 000

Ressursbehovet knyttet til utredninger av pasienter med kompleks epilepsi har økt. Dette har sammenheng med den utvikling som foregår i utrednings- og behandlingsmulighetene for denne pasientgruppen, spesielt når det gjelder observasjon og registrering av hjerneaktivitet. Som en følge av dette har intensivavsnittet blitt en stadig større flaskehals, og det er påkrevet med en omfattende kapasitetsutvidelse av intensivavsnittet for å kunne opprettholde pasientstrømmen på dagens nivå. I 2001 har SSE i samarbeid med Statsbygg gjennomført forprosjekt for ny intensiv observasjonsenhet. Forprosjektet forventes avsluttet høsten 2002. Sosial- og helsedepartementet tar i 2002 sikte på å godkjenne kostnadsramme og byggestart. Det vises for øvrig til St.prp. nr. 84 (2000-2001) om behovet for ny sengeavdeling ved SSE. Utbygging av ny intensiv observasjonspost vurderes både av SSE og departementet som mer presserende enn ny sengeavdeling og vil derfor bli prioritert først. Departe-

mentet vil imidlertid sørge for at det arbeides videre med sikte på realisering av ny sengeavdeling.

For pasientgruppene ungdom og voksne med vanskelig regulerbar epilepsi er det et økende antall søknader til senteret. Samtidig er andelen epilepsipasienter med kognitiv svikt (psykisk utviklingshemming) og multihandikap klart større enn tidligere. Dette gjelder også epilepsipasienter med psykososial tilleggsproblematikk. Barneavdelingen, som har en stor pågang av henvisninger, utreder totalt om lag 400 barn i året. En økende andel av disse innleggelsene gjelder multihandikappede barn og familier med multiproblematikk. Blant innlagte barn i aldersgruppen 10 – 14 år har 70 pst. i tillegg til sin epilepsi også barnepsykiatriske symptomer.

Kompetansesenter for tuberøssklerose ble flyttet fra sine midlertidige lokaler og inn i ombygde lokaler ved årsskiftet 2000/2001.

Kap. 3735 Statens senter for epilepsi (jf. kap. 735)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
02	Salgs- og leieinntekter	11 075	7 717	
16	Refusjon fødselspenger	2 065		
17	Refusjon lærlinger	75		
18	Refusjon sykepenger	3 620		
60	Refusjon fra fylkeskommuner	72 557	75 108	
	Sum kap 3735	89 392	82 825	

Kap. 0737 Barnesykehus (jf. kap. 3737)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter	43 727	43 180	
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	333	720	
	Sum kap 0737	44 060	43 900	

Overført fra 2000 til 2001:

Post 01: 2 117 000 kroner

Post 45: 74 000 kroner.

Antall årsverk var i følge det sentrale tjenestemannsregisteret 88,4 pr. 1. mars 2000 og 90 pr. 1. mars 2001.

Kapitlet omfatter Geilomo barnesykehus og Voksentoppen senter for astma og allergi, samt utgifter til ventelønn og husleie for det tidligere Hokksund barnesykehus.

På bakgrunn av Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), jf. Innst. O. nr. 118 (2000-2001) foreslås barnesykehusene Geilomo og Voksentoppen senter for astma og allergi overført til kap. 732 Regionale helseforetak, post 70 Tilskudd til helseforetakene.

I 2000 hadde Geilomo barnesykehus 7593 kurdøgn, mot budsjettet 7100.

Voksentoppen hadde 3796 kurdøgn mot budsjettet 4100.

Kap. 3737 Barnesykehus (jf. kap. 737)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
02	Salgs- og leieinntekter	1 837	1 349	
16	Refusjon fødselspenger	1 010		
18	Refusjon sykepenger	614		
60	Refusjon fra fylkeskommuner	3 463	3 708	
	Sum kap 3737	6 924	5 057	

Kap. 0738 Helsetjenesten på Svalbard (jf. kap. 3738)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter	13 471	12 500	
	Sum kap 0738	13 471	12 500	

Antall årsverk var i følge det sentrale tjenestemannsregisteret 18,7 pr. 1. mars 2000 og 19 pr. 1. mars 2001.

På bakgrunn av forslag i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), jf. Innst. O. nr. 118 (2000-2001) foreslås Helsetjenesten på Svalbard (Longyearbyen sykehus) overført til kap. 732 Regionale helseforetak, post 70 Tilskudd til helseforetakene.

Stortinget ba i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2000-2001) regjeringen treffe tiltak som bedrer den akuttmedisinske beredskapen i Ny-Ålesund.

Det er nå inngått en avtale mellom Longyearbyen sykehus og virksomheten i Ny-Ålesund hvor det bl.a. er etablert en beredskapsgruppe som ivaretar Ny-Ålesunds behov for legetjenester.

Kap. 3738 Helsetjenesten på Svalbard (jf. kap. 738)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
02	Salgs- og leieinntekter	2 907	1 432	
16	Refusjon fødselspenger	90		
18	Refusjon sykepenger	128		
	Sum kap 3738	3 125	1 432	

Kap. 0739 Andre utgifter

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>kan nyttes under post 75</i>	70 610	85 250	202 000
50	Norges forskningsråd	23 300	34 600	37 400
60	Tilskudd til helsepersonellbemanning i luftambulansetjenesten	62 777	59 000	
61	Tilskudd til driftsavtaler	193 966	202 000	36 000
64	Tilskudd til RIT 2000, <i>kan overføres</i>	97 382	125 900	
65	Kreftbehandling m.m., <i>kan overføres</i>	203 842	206 800	
66	Mammografiscreening	61 238	99 600	
70	Behandlingsreiser til utlandet	51 950	63 500	65 400
71	Tilskudd til Norsk Pasientforening m.fl.	4 226	4 500	4 700

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
72	Tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning	36 837	47 700	372 300
74	Reiseutgifter, turnuskandidater	8 249	8 900	9 100
75	Kreftbehandling m.m., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>			347 200
76	Tilskudd til RIT 2000, <i>kan overføres</i>			445 600
77	Tilskudd til helsepersonellbemanning i luftambulansetjenesten			6 500
	Sum kap 0739	814 377	937 750	1 526 200

Det er overført fra 2000 til 2001:

Post 21: 2 340 000

Post 64: 8 548 000 kroner

Post 65: 21 614 000 kroner

Posten foreslås bevilget med 240 mill. kroner i 2002.

2. Nærmere om aktiviteten på satsingsområdene**Post 21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren****1. Formål og oppgaver**

Hovedformålet med posten er å bidra til et bedre kunnskapsgrunnlag for den utøvende helsetjeneste i Norge.

Midlene har i 2001 vært brukt til å fremskaffe styringsinformasjon gjennom innsamling, publisering og analyser av aktivitets- og ressursdata fra sykehussektoren og gjennom utviklingsarbeid innen ledelse, organisasjon og medisinsk metodevurdering.

Den statlige overtakelsen av sykehussektoren innebærer økt ansvar og dermed økt behov for styringsinformasjon på flere områder. I 2002 vil midlene i hovedsak bli benyttet til utvikling og etablering av systemer for det statlige eierskapet. Selve foretaksorganiseringen innebærer at det må utvikles nye systemer for budsjettering, regnskap og økonomistyring etter prinsipper som hittil i liten grad har vært benyttet i norske sykehus. Sykehusreformen forutsetter også at statlige myndigheter kontinuerlig har oversikt over situasjonen i sykehusvesenet, både når det gjelder økonomi, aktivitet, oppgavefordeling, metodebruk og kvalitet. Både innhold og organisering av systemene for innhenting og publisering av kvalitets- og styringsinformasjon skal tilpasses den nye strukturen i sektoren.

I tillegg dekker posten midler til evalueringer og finansiering av nasjonale tiltak i sykehussektoren.

Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten

Regjeringens foreslåtte sykehusreform omfatter overføringer av store virksomheter og verdier, herunder et stort antall ansatte i dagens fylkeskommunale spesialisthelsetjeneste til statlig eide foretak.

I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2001 ble det bevilget 86 mill. kroner til gjennomføring av statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten, jf. St.prp. nr.84 (2000-2001). Det ble bevilget til sammen 75,5 mill. kroner knyttet til «omdanning til foretak» og «oppbygging av nye administrasjoner». I proposisjonen ble det vist til at ressursbehovet knyttet til selve omorganiseringen og eierskifte er svært usikkert og at Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med nytt forslag dersom bevilgningen i 2001 var for høy eller for lav. Departementet vil komme tilbake til dette i løpet av høsten 2001.

Det ble i proposisjonen bl.a. vist til at Sosial- og helsedepartementet ville sette i gang et arbeid med nødvendig etablering og oppgradering av internkontroll og rutiner for å kunne føre regnskap i henhold til regnskapslovens krav, for eksempel etablering av nye kontoplaner, utarbeiding av opplæringsprogram for ledere og medarbeidere innen økonomi og regnskapsføring mv. Det var også behov for å engasjere rådgivere for å vurdere juridiske spørsmål i prosessen med å etablere foretak, herunder vurdere avtaler som foretakene skal tre inn i. Det ble presisert at arbeidet skal videreføres i 2002 og at det derfor vil være et

ressursbehov knyttet til dette arbeidet også i 2002.

Det er også satt i gang et arbeid med å etablere såkalte åpningsbalanser både for de regionale helseforetakene og helseforetakene, noe som bl.a. innebærer at alle eiendeler i virksomhetene verdsettes. Arbeidet med å etablere åpningsbalanser er startet i 2001, men vil i hovedsak pågå i 2002. Ressursbehovet i 2002 knyttet til å etablere åpningsbalanser, intern økonomistyring og opplæring vil være i størrelsesorden 100 mill. kroner. I tillegg er det et ressursbehov på 20 mill. kroner knyttet til leie og drift av økonomi- og lønssystemer i helseforetakene i overgangsåret 2002, mens det bygges opp egne systemer for dette i foretakene.

Det understrekes at det også for 2002 vil være usikkerhet knyttet til hva som være nødvendige etableringskostnader for foretakene.

Ressursbehovet knyttet til selve omorganiseringen og eierskifte er engangskostnader som ikke vil medføre et permanent høyere utgiftsnivå i helsesektoren.

Regionale helseforetak – planarbeid

Det foreslås å bevilge 5,4 mill. kroner til dette formålet i 2002.

Midlene er planlagt brukt til departementets oppfølging av de regionale helseforetakene, og videre oppfølging av prosessene i de fem helseregionene. Arbeidet med en evaluering av den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten vil bli tillagt spesiell vekt.

Kunnskapsdatabase og kompetansenettverk

Sosial- og helsedepartementet inngikk i 1998 en 3-års avtale med SINTEF Unimed om drift og etablering av en kunnskapsdatabase og kompetansenettverk for sykehusplanlegging. En sentral målsetting er å systematisere informasjon fra nylig avsluttende og pågående utbyggingsprosjekter, slik at informasjonen gjøres tilgjengelig for å kunne heve kompetansenivået innenfor planlegging av sykehus. I tilknytning til opprettelsen av en slik kunnskapsdatabase er det etablert et kompetansenettverk som skal bidra til å frambringe og formidle kunnskap som angår planlegging og bygging av sykehus. Prosjektet vil i løpet av 2001 bli evaluert/vurdert med sikte på å avklare om, og på hvilken måte, prosjektet skal videreføres.

Nasjonalt formidlingssenter i geriatri

Nasjonalt formidlingssenter i geriatri skal ivareta formidling av kompetanse innen feltet geria-

tri og eldreomsorg. Formålet er å øke fagets anseelse, forbedre rekrutteringen av personell, øke kompetansen og forbedre nettverk og samarbeid innen helse og omsorg for eldre i Norge. Senteret har formidlingsoppgaver overfor fagmiljø, kommuner, fylkeskommuner, sykehus, sykehjem og andre institusjoner med eldreomsorg og geriatri som ansvarsområde. Senteret er organisert som en seksjon i stiftelsen Universitetsforskning i Bergen (Unifob).

Kvalitets- og styringsinformasjon

Den statlige overtakelsen av sykehussektoren stiller nye krav til både innhold og organisering av systemene for innhenting og publisering av kvalitets- og styringsinformasjon. Innholdet i rapporteringen må reflektere de statlige myndigheters økte behov for å holde kontinuerlig oversikt over situasjonen i sykehusvesenet, både når det gjelder økonomi, aktivitet og kvalitet. Staten har fått overført et helhetlig ansvar for sykehussektoren, selv om ansvaret i første instans skal ivaretas av de fem helseregionene. Omlegging fra forvaltning til foretak innebærer også nye prinsipper for regnskapsføring og økonomirapportering. Organiseringen av rapporteringen må også endres, da fylkeskommunene hittil har vært en sentral aktør i formidling av styringsinformasjon fra sykehus til Statistisk sentralbyrå, i de seneste årene gjennom KOSTRA systemet.

Rapporteringen av data for inneværende år skjer ikke før tidlig i 2002. Det innebærer at de statlige sykehusene tidlig neste år må rapportere data om bl.a. regnskap og personellforhold til fylkeskommunene. Det er viktige at både statlige sykehus og fylkeskommunene prioriterer oppgaven, slik at en har solid informasjon om forholdene i sykehussektoren før den statlige overtakelsen fant sted.

Foruten forhold knyttet til statlig overtakelse og eierskapsorganisering av sykehusene vil det bli fokusert på bedre dokumentasjon av kvalitet og bedre føring av ventelister.

Sosial- og helsedepartementet sendte ut to arbeidsgrupperapporter om henholdsvis medisinske kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer for somatiske sykehus på en felles høring i juli 2001. Svarfristen var 1. oktober, og departementet vil med utgangspunkt i rapportene og høringsuttalelsene arbeide videre med å etablere nasjonale systemer for dokumentasjon av kvalitet i sykehussektoren.

I forhold til tidligere lovgivning åpner den nye helseregisterloven for at helseopplysninger kan

sammenstilles for å frembringe informasjon om kvalitet, aktivitet og kapasitet i helsesektoren. Sosial- og helsedepartementet ønsker å utnytte potensialet i den nye lovgivning til å forbedre registreringen av både ventelister og ferdigbehandlede pasienter. Hensikten med forbedring av ventelisteregisteret er dels å kunne drive løpende kontroll av ventelistene for å unngå at personer som er uaktuelle for behandling blir stående på ventelistene, og samtidig målrette tiltak mot pasienter som har svært lange ventetider. Gjennom et nasjonalt ventelistesystem med personidentifikasjon ønsker departementet å gi mulighet for at sykehus i Norge kan konkurrere om å gi ventelistepasienter et tilbud om raskere behandling.

Departementet oppfatter at de medisinske fagmiljøer innen forskning og behandling i sykehussene lenge har uttrykt ønske om bedre tilgang til pasientdata for å kunne følge effekter av behandlingen over tid gjennom flere nivåer i helsetjenesten (jf. NOU 1997:26 Tilgang til helseregistre). Departementet ønsker derfor å benytte mulighetene i den nye helseregisterloven til å gjøre denne type informasjon tilgjengelig for medisinsk forskning og kliniske avdelinger i sykehus, uten at disse får kjennskap til identiteten til den enkelte pasient. For å kunne realisere en slik målsetning må det være mulig å følge pasienter gjennom de ulike deler av helsetjenesten, og benytte informasjon fra Dødsårsaksregisteret for å se hvordan det går med pasientene. Departementet har vurdert om de ovennevnte målsetninger kan oppnås gjennom pseudonymisering. Konklusjonen er imidlertid at personvernet vil bli best ivaretatt gjennom strenge regler for oppbevaring og bruk av personkjenntegn i Norsk pasientregister, enn ved å etablere omfattende systemer for kryptering og dekryptering ved den enkelte helseinstitusjon.

Departementet vil derfor komme tilbake til Stortinget med et endringsforslag til helseregisterloven for å gjøre både utskrivningsregisteret og ventelisteregisteret i Norsk pasientregister til personidentifiserbare helseregistre. I forslagene vil departementet komme tilbake med en mer utførlig begrunnelse for hvorfor helsetjenesten har behov for denne type informasjon, og hvordan denne informasjonen skal kunne gjøres tilgjengelig samtidig som pasientenes personvern ivaretas på en best mulig måte.

Hovedmålsetningene for 2002 vil være å:

- videreføre tradisjonell styringsinformasjon ved SAMDATA og ventelisteregistrering for å sikre god dokumentasjon av effektene av sykehusreformene

- etablere et nasjonalt system for kvalitetsindikatorer i somatiske sykehus, herunder videreutvikle etablerte prosjekter for bl.a. måling av pasienterfaringer, dødelighet og pasientflyt til nasjonale systemer for alle landets somatiske sykehus
- utvide og forbedre informasjonsgrunnlaget for fritt sykehusvalg
- etablere et nasjonalt helseregister for ventelistepasienter for å bedre å kunne formidle tilbud om alternative behandlingssteder til ventelistepasienter som ønsker dette gjennom endringer i helseregisterloven
- etablere et nytt informasjonssystem for styringsinformasjon fra statlige sykehus i samarbeid med de regionale helseforetakene

Nasjonalt medisinsk museum

I Budsjett-innst. S. nr. 11 (2000-2001) viste sosialkomiteen til at det er besluttet opprettet et nasjonalt medisinsk museum i den gamle administrasjonsbygningen for Rikshospitalet i Pilestredet. Komiteen hadde merket seg at departementet vil arbeide videre med prosjektet, og var enig i at alternative kostnadsrammer vurderes og legges fram i revidert nasjonalbudsjett 2001. Det ble forutsatt at regjeringen klargjør når nasjonalt medisinsk museum tenkes realisert. Videre ba komiteen regjeringen sikre fremdriften i en sak som er av stor kulturhistorisk verdi.

I St.prp. nr. 84 (2000-2001) ble det gjort rede for at departementet har inngått prinsippavtale med Stiftelsen Norsk Teknisk Museum i Oslo som sikrer at et medisinsk museum integreres i Norsk Teknisk Museum. Det finnes om lag 1000 kvm. i bygget som kan frigjøres for utstillingsformål etter mindre bygningsmessige endringer. Museet skal fremstå som en kombinasjon av museum og opplevelsessenter/teknoteke. En slik løsning blir langt rimeligere samtidig som den både ivaretar de museumsfaglige intensjonene bak det tidligere prosjektet i en allerede etablert museumsorganisasjon og sikrer et stort besøktall fra åpningsdagen. Det ble også lagt fram omkostningsanslag med et investeringsbehov på omlag. 33 mill. kroner.

Teknisk Museum utarbeider for tiden et forprosjekt. Satsingen på et nasjonalt museum må vurderes opp mot andre prioriterte oppgaver. Innenfor den ramme som foreslås for kap. 739.21, vil det ikke være rom for å holde den framdrift som ble forutsatt i St.prp. nr. 84 (2000-2001). Departementet vil komme tilbake med revidert framdriftsplan for prosjektet.

Kliniske etikkomiteer ved sykehus

Sosial- og helsedepartementet har i 2000 og i 2001 bevilget midler til Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo, for videreutvikling av arbeidet med å etablere kliniske etikkomiteer ved alle region- og sentralsykehus. Bevilgningen foreslås videreført i 2002.

Ved behandlingen av St.meld. nr. 26 (1999-2000) Om verdier for den norske helsetenesta, jf. Innst. S. nr. 172 (2000-2001) fattet Stortinget vedtak om å be Regjeringen redegjøre for status og fremdrift for opprettelse av kliniske etikkomiteer ved alle sentral- og regionsykehus i forbindelse med statsbudsjettet for 2002.

Pr. 1. juni 2001 var det etablert kliniske etikkomiteer ved følgende åtte sykehus: Rikshospitalet, Ullevål sykehus, Aker sykehus, Regionsykehuset i Trondheim, Regionsykehuset i Tromsø, Sentralsykehuset i Akershus, Telemark sentralsykehus og Gjøvik fylkessykehus. Det foreligger dessuten konkrete planer om tilsvarende komiteer ved ytterligere fire sykehus.

Etter departementets oppfatning har den valgte strategien med en nasjonal koordineringsinstans og etablering på frivillig grunnlag hittil vært positiv.

Dersom det etter en tid viser seg at dette ikke fører fram i alle regioner, vil departementet i de første foretaksmøtene for de regionale helseforetakene vurdere å behandle opprettelse av kliniske etikkomiteer ved alle region- og sentralsykehus.

Forum for organisasjonsutvikling i sykehus

NOU 1997:2 Pasienten først; Ledelse og organisering i sykehus, pekte på at det var et betydelig forbedringspotensiale i sykehus knyttet til intern organisering og ledelse. Utredningen ble fulgt opp ved at Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund sammen etablerte Forum for organisasjonsutvikling i sykehus. Det er i den forbindelse igangsatt nærmere 50 utviklingsprosjekt.

Forum for organisasjonsutvikling i sykehus har i 2001 drevet et arbeid med sikte på å kunne gi innspill til hvordan organisasjonsutviklingsarbeidet skal følges opp i en ny eierstruktur. Forumet, som samarbeidsprosjekt mellom Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund, vil bli avsluttet fra 1. januar 2002.

Næringsutvikling i helsesektoren

I 1998 inngikk Sosial- og helsedepartementet i samarbeid med Nærings- og handelsdepartementet en avtale med SINTEF Unimed om opprettelse av et Nasjonalt senter for innovasjonsbistand og næringsutvikling i helsesektoren – InnoMed. Målet er å bidra til at norsk industri bedrer sine muligheter som leverandør av produkter, løsninger og tjenester til helsesektoren både nasjonalt og internasjonalt. Departementene ønsker med dette å bidra til at det produseres flere og bedre produkter til helsetjenesten, og at det skapes en infrastruktur nasjonalt og regionalt som kan danne ramme omkring dette arbeidet. InnoMed samarbeider nært med Statens nærings- og distriktsutbyggingsfond (SND) og Norges forskningsråd, som også sitter i Programrådet for InnoMed. Medinnova, Innvest og Norut Medisin og Helse ivaretar sammen med SINTEF Unimed den regionale koordineringen. Videre er det etablert samarbeidsavtaler med fylkeskommunene. I avtalen med SINTEF Unimed har en forutsatt en økonomisk opptrappingsplan for de tre første årene, før senteret forventes å være i full drift fra 2001/2002. Senteret er under evaluering. Evalueringen skal ferdigstilles 1.12.2001.

Post 50 Tilskudd til Norges forskningsråd

Forskning i regi av Norges forskningsråd (NFR) er et viktig bidrag til kunnskapsgrunnlaget for nasjonale forvaltningsoppgaver, beslutninger i politikkutforming og utvikling av prioriterte fagfelt. Det foreslås bevilget i alt 37,4 mill. kroner i 2002 over denne posten. Midlene skal dekke igangværende forskningsprogrammer og andre langsiktige satsinger knyttet til Sosial- og helsedepartementets programkategori 10.30. Somatiske spesialisthelsetjenester. Midlene administreres av Norges forskningsråd.

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

Program for Helsetjenester og helseøkonomi

Reformer i en rekke europeiske land har fokusert på den betydning økonomiske incentiv har for helsetjenesten. Det er også gjennomført større endringer på finansieringssiden i norsk helsetjeneste, jf. innsatsstyrt finansiering, den planlagte fastlegeordningen og tiltak på legemiddelsiden. Som

grunnlag for evaluering av politikken og utforming av fremtidens virkemidler er det nødvendig å styrke den helseøkonomiske forskningen og derigjennom skape et sterkt miljø som kan brukes som faglig støtte for politikktutformingen. Denne satsingen atskiller seg fra annen forskningsinnsats ved at det settes eksplisitte krav til at økonomer og medisinerer skal samarbeide om forskningen, og at problemstillingene skal søkes rettet mot det som er relevant for beslutningstakere i helsesektoren. Det vises også til omtale av programmet under kap. 701, post 50.

Den helseøkonomiske satsingen berører også sentrale problemstillinger i sosiaalsektoren. Både innenfor pleie- og omsorgs- og sykehussektoren vil utprøving av nye organisatoriske løsninger innebære utfordringer med hensyn til å utforme kontrakter som ivaretar hovedmålene i helse- og sosialpolitikken. Det er derfor foreslått bevilget midler over kap. 675, post 50 til samme formål.

Kreftforskning

Forskning er viktig for at norsk kreftomsorg skal holde internasjonal kvalitet. Forskningssatsingen på kreftsykdommer må spenne vidt og inkludere både grunnforskning, klinisk forskning, epidemiologisk forskning og forskning om hvilke forebyggings tiltak som virker og hvordan disse kan og bør implementeres.

Regjeringen ser det som vesentlig at kreftforskningen skjer på et faglig og uavhengig grunnlag og ikke i uheldig grad styres av næringsinteresser.

Program for pasientnær klinisk forskning og alternativ medisin

Fra 2001 er programmene for alternativ medisin og for klinisk pasientrettet forskning slått sammen. Formålet er å oppnå større faglig bredde i programmene, og å redusere administrative kostnader. Departementet ble forelagt forslag til strategidokument for det nye programmet, og har bidratt til å sikre at alternativmedisinens interesser blir ivaretatt. Strategidokumentet prioriterer kliniske effektstudier, jf. NOU 1998:21 Alternativ medisin.

Nasjonalt forskningssenter innen alternativ medisin (Universitetet i Tromsø) er satt i full drift i 2001. Departementet bruker senteret som vitenskapelig rådgivermiljø i faglige spørsmål, og har delegert ansvar knyttet til forskningsfaglig oppfølging av samarbeidet med Kina til senteret. Det er bygget opp kompetansemiljøer for klinisk fors-

kning ved regionsykehusene, samt gitt støtte til enkeltprosjekter.

Post 61 Tilskudd til driftsavtaler

Med virkning fra 1. juli 1998 vedtok Stortinget lovendringer som innebærer at det ikke lenger ytes trygderefusjon for undersøkelse og behandling utført av privatpraktiserende helsepersonell uten driftsavtale med fylkeskommune eller kommune. Lovendringen trådte i kraft 1. juli 1998 og omfatter leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter.

Det ble i denne forbindelse innført en øremerket tilskuddsordning for fylkeskommuner og kommuner som fra 1. juli 1998 opprettet driftsavtaler med yrkesutøvere som fram til dette tidspunktet hadde refusjonsberettiget praksis uten driftsavtale.

Samlet ble det inngått omlag 1400 nye driftsavtaler i forbindelse med reformen, med et omfang på omlag. 900 årsverk.

Fra 1. januar 2002 overtar de regionale helseforetakene ansvaret for driftsavtaler med legespesialister og psykologer. I denne forbindelse er 176 mill. kroner overført til kap. 732 Regionale helseforetak, post 70 Tilskudd til helseforetakene.

Det foreslås bevilget 34 mill. kroner under denne posten for 2002. Beløpet gjelder tilskudd til kommuner for driftsavtaler inngått med fysioterapeuter.

Etter Stortingets forutsetning skal beløpet innarbeides i rammetilskuddet til kommunene i 2003.

Post 66 Mammografiscreening

Mammografiscreening foreslås slått sammen med kreftplanen fra 2002, jf. kap. 739, post 75 (før post 65) Kreftbehandling m.m. Det vises til nærmere omtale under kap. 739, post 75.

Post 70 Behandlingsreiser til utlandet (jf. kap. 3739)

1. Formål og hovedprioriteringer

Daglig administrasjon og faglig ansvar av behandlingsreiser til utlandet tilligger Rikshospitalet.

Behandlingsreiser til utlandet er et supplement til tilbud i Norge, og omfatter tilbud til pasienter med revmatiske lidelser, pasienter med psoriasis, barn og ungdom med astma og lungesykdommer, samt barn med atopisk eksem. Staten dekker utgiftene til behandling for barn og voksne. Det betales en egenandel for voksne pasi-

enter og ledsagere. Behandlingen foregår nå i Tyrkia og Jugoslavia for revmatikere, og på Kanariøyene for de øvrige gruppene av pasienter. Ut over de faste programmene sendes prøvegrupper til eventuelle nye behandlingssteder.

2. Resultatrapport 2000

I 2000 var 2 105 pasienter omfattet av ordningen med behandlingsreiser til utlandet.

Det ble behandlet 1 314 pasienter med revmatiske lidelser. Programmet for voksne revmatikere ble avviklet i Tyrkia, mens programmet for barn med revmatiske sykdommer ble avviklet på Lanzarote.

Det ble behandlet 586 pasienter med Psoriasis på Gran Canaria, hvorav 25 var barn. 161 barn og ungdommer ble behandlet for Astma og lungesykdommer på Gran Canaria.

Som et ledd i vurderingen av en utvidelse av ordningen til også å gjelde nye pasientgrupper, ble det sendt flere prøvegrupper for behandling i utlandet. Det ble sendt 44 pasienter til Lanzarote på prøveprosjektet med pasienter med nevromuskulære sykdommer og prøvegrupper med pasienter med revmatiske lidelser; 37 til Tenerife, 40 til Sicilia og 33 til Tyrkia.

Det ble også avviklet 2 prøvegrupper med i alt 44 pasienter med nevromuskulære sykdommer i en studie på Casa Heddy, Lanzarote, og med kontrollgrupper på Beitostølen Helsesportsenter i Norge.

Det ble også igangsatt flere forsknings- og utviklingsprosjekter i 2000. Det ble bl.a. igangsatt en studie med pasienter med kroniske sykdommer for å evaluere effekten av behandling i Syden (Grand Canaria) av barn med kroniske lungesykdommer, med kontrollgrupper på Geilomo barne-sykehus i Norge. Prosjektarbeidet ble gjort i samarbeid med Voksentoppen Senter for astma og allergi. I 1999 ble det igangsatt en studie om «Evaluering av effekten av behandling i Syden for pasienter med post-polio syndrom» i samarbeid med Sunnås Sykehus. Studien ble ferdigstilt i 2000. Studien «Evaluering av behandlingsreiser til Syden for pasienter med nevromuskulære sykdommer» ble igangsatt i 2000 i samarbeid med Rikshospitalet (Barneklubben) og er planlagt ferdigstilt høsten 2001. I samarbeid med Voksentoppen Senter for astma og allergi er det også igangsatt en studie av astma og allergi.

3. Tilstandsvurdering

Av de innkomne søknadene under de tre programmene ble 32 pst. innvilget innenfor astmaprogrammet, 41 pst. innenfor revmaprogrammet og 60 pst. innenfor psoriasisprogrammet i 2000. Dette er tilnærmet lik andelen innvilgede søknader i forhold til 2001 på astma- og revmaprogrammet, mens det er noe økning av innvilgede søknader på psoriasisprogrammet.

4. Satsingsområder og resultatmål for 2002

Fordelingen av de om lag 2500 pasientene på de tre behandlingsoppleggene vil bli lagt opp til å være det samme i 2002 som i 2001 under forutsetning av noenlunde lik kostnadsutvikling på de ulike behandlingsstedene. Departementets oppfølging av NOU 2000:2 pågår og vil senere år kunne ha innvirkning på fordeling og omfang av de eksisterende pasientgrupper.

Departementet vil i samråd med sekretariatet ved Rikshospitalet, avgjøre hvor det skal sendes prøvegrupper i 2002.

Igalo, Montenegro i Jugoslavia ble igjen åpnet for behandlingsreiser i 2001 og vil bli vurdert i forhold til videreføring i 2002.

Stortinget vedtok i forbindelse med behandlingen av Budsjett-innst. S. nr. 11 (1999-2000), at revmaprogrammet skal legges ut på anbud. Turoperatørtjenesten til revmaprogrammet har vært ute på anbud i 2000 og firma har blitt valgt. Valget av behandlingssted avventer innhenting og behandling av anbudene som påbegynnes i 2001. Det vil også i løpet av 2001/2002 vurderes om de andre programmene skal legges ut på anbud.

Det vil også bli stilt til disposisjon inntil 20 mill. kroner over kap. 2790, post 72 Sykebehandling i utlandet, til behandlingsreiser i utlandet for nye pasientgrupper og økning i volumet på etablerte tilbud. Det skal gis et tilbud til barn med revmatiske sykdommer høsten 2001 og til en ny prøvegruppe med pasienter med polio i 2002. Det skal også vurderes om det eventuelt skal gis et tilbud om behandling i utlandet til pasienter med cerebral parese i 2002. Se nærmere omtale under kap. 2790, post 72.

Post 71 Tilskudd til Norsk Pasientforening m.fl.

Norsk Pasientforening er et frittstående og uavhengig pasienthjelpkontor. Driften er basert på bevilgninger fra Stortinget. Kontoret for pasienthjelp har eksistert siden 1985 og gir hjelp, veiled-

ning og råd til pasienter og pårørende, og hjelper til med å føre en sak gjennom de offisielle klageinstansene. Gjennom å formidle kontakt mellom pasient og behandler, kan klagesaker forebygges. Kontoret tar imot henvendelser fra hele landet og alle deler av helsevesenet. Bemanningen består av personer med bakgrunn i helse og jus. Ved behov benyttes ekstern ekspertise.

Kontoret for pasienthjelp er åpen for alle. Pasient og pårørende kan få hjelp til å komme i kontakt med rette instans eller hjelp til å forstå hva som har skjedd. Hjelpen er gratis.

Det foreslås bevilget 3,5 mill. kroner til Kontoret for pasienthjelp.

Landsforeningen til støtte ved krybbedød ble stiftet i 1985. Foreningen har et bredt utbygd støtteapparat av foreldre som tidligere har mistet barn i krybbedød, som hjelper nye foreldre som rammes ved å være medmenneske gjennom sorgen, lytte og kanskje dele sine erfaringer. Foreningen sprer også informasjon om krybbedød ut til befolkningen, og har i den sammenheng utarbeidet en informasjonsmaterieell som bøker, video og diverse brosjyrer. I tillegg støtter foreningen kvalitetsikret forskning knyttet til krybbedødsproblematikk ved hjelp av innsamlede midler og gaver. Det foreslås 1,076 mill. kroner i tilskudd til Landsforeningen til støtte ved krybbedøds virksomhet.

Post 72 Tilskudd til Norsk Pasientskade-erstatning

Norsk Pasientskaderstatning bygger på avtale mellom staten og landets fylkeskommuner. Avtalen trådte i kraft i 1988. NPE behandler krav om erstatning fra pasienter behandlet på offentlige somatiske og psykiatriske sykehus og deres poliklinikker, samt kommunelegetjenesten. Også private sykehus omfattes, i den grad virksomhetens drift finansieres av det offentlige, eller helsetjenesten omfattes av de fylkeskommunale helseplaner. Ordningen administreres av Kommunal Landspensjonskasse (KLP).

Fra desember 2000 behandler NPE også krav om erstatning for skader påført ved sykehusbehandling i utlandet. NPE sender eventuelle krav om dekning forbundet med skade påført under behandling i utlandet til Rikstrygdeverket.

NPE har fra starten i 1988 blitt finansiert av staten og fylkeskommunene i fellesskap. De årlige tilskuddene til NPE bygger på beregninger om risiko for skadeutbetaling per skadeårgang,

basert på meldte krav. Staten betaler også kommunenes andel.

Ved ikrafttredelsen av helseforetaksloven 1. januar 2002 vil fylkeskommunenes ansvar for erstatningsordningen overtas av de fem regionale helseforetakene. Staten vil fortsatt dekke kommunenes andel over denne posten.

Det foreslås bevilget 372,3 mill. kroner på denne posten i 2002.

Post 74 Reiseutgifter turnuskandidater

Staten refunderer reise- og flytteutgifter for turnusleger, fysioterapi- og jordmorkandidater ved tiltredelse etter statens regulativ. I 2000 ble det utgiftsført om lag 8,2 mill. kroner. Dette inkluderer også kurs for turnusleger og fysioterapikandidater.

Det ventes en fortsatt økning i antall turnuskandidater i 2002. Dette henger sammen med flere uteksaminerte medisinske kandidater fra norske og utenlandske universiteter. Det ble bevilget 8,9 mill. kroner i 2001. Bevilgningen foreslås videreført i 2002.

Post 75 Kreftbehandling m.m. (før post 65)

Forekomsten av kreft har økt betydelig for begge kjønn de siste 30 år. Kreft er den nest hyppigste dødsårsaken i Norge etter hjerte- og karsykdommer. Hyppigheten av de fleste kreftformer er økende. Hvert år dør omkring 10 000 av kreft. Av disse dør 6 000 allerede innen ett år etter diagnose er fastsatt.

1. Formål og hovedprioriteringer

Ved behandlingen av St.prp. nr. 61 (1997-98) Om Nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus, sluttet Stortinget seg til Regjeringens forslag om en total offentlig satsing over en 5-års periode (1999-2003) på i overkant av 2 mrd. kroner, hvorav 1 mrd. kroner skal benyttes til økte driftsutgifter og i overkant av 1 mrd. kroner til totale investeringer, jf. Innst. S. nr. 226 (1997-98).

Målene for handlingsplanen er bl.a. å:

- redusere antall nye krefttilfeller gjennom forebyggende tiltak
- utvide mammografiscreening til en landsdekkende ordning for kvinner i alderen 50-69 år
- øke strålebehandlingskapasiteten ved å bygge ut til 36 strålemaskiner på landsbasis
- øke tilgangen på helsepersonell

Det vises til en oversikt nedenfor under punkt 2 Resultatrapport 2000 over status i forhold til målene for handlingsplanen.

Status

Samlet skal det brukes vel 2 mrd. kroner for å oppfylle den vedtatte kreftplanen. Av disse er om lag 1,7 mrd. kroner direkte statlige tilskudd på statsbudsjettet. Fylkeskommunene skal dekke 350 mill. kroner i planperioden til investeringer i bygg hvor strålemaskinene og bunkersene skal plasseres, mens strålemaskiner og bunkerser dekkes 100 pst. av staten. Fylkeskommunenes andel av kreftplanen til bygg på 350 mill. kroner ivaretas fra 2002 innenfor rammen for investeringer til de regionale foretakene. Kapitalrefusjonsordningen som nå er avviklet, ivaretas fra 2002 gjennom rammen til de regionale foretakene. Eksklusiv statlig tilskudd til bygg (tidligere kapitalrefusjon) utgjør den delen av opptrappingsplanen som hele tiden har vært statlig 1 mrd. kroner til investeringer og 480 mill. kroner til drift i planperioden.

For 1999, 2000 og 2001 er det samlet bevilget 752,3 mill. kroner til kreftplanen. For 2002 fore-

slås det en bevilgning på 362 mill. kroner, inklusive prisjustering. Dette er en reell styrking på 20 mill. kroner i forhold til 2001. Eksklusive prisjustering for 2002, er bevilgningen for 2002 på 342 mill. kroner. Dersom man ser bort fra prisjusteringen, vil det samlet for de fire første årene i handlingsplanen være bevilget 1 094 mill. kroner. Det gjenstår da en bevilgning på 386 mill. kroner i 2003, dvs. en økning på 44 mill. kroner (386-342=44) for å nå målsettingen om en bevilgning på 1 480 mill. kroner i perioden 1999-2003. I tillegg kommer prisstigningen.

Departementet har lagt opp til en gradvis opptrapping av handlingsplanen i tråd med de fylkeskommunale planene. Der det skal etableres satellittavdelinger for stråleterapi ved sentralsykehuse, og hvor stråleterapitilbudet må bygges opp fra grunnen av, vil det ta to til tre år før disse avdelingene kan ta imot pasienter til strålebehandling. For de øvrige tiltakene i handlingsplanen, som utbygging av kompetansesentra og etablering av mammografiscreening, har fylkene kommet noe ulikt i planlegging/etablering. Planene forutsettes videreført av de regionale helseforetak.

Oversikt over bevilgninger ifm kreftplanen 1999-2003

Kap / post/ departement/ institusjon/tiltak	Bevilgn. 1999	Bevilgn. 2000	Bevilgn. 2001	Forsl. 2002	Sum 1999-2002
581.71 KRD – tiltak mot radon	5 000	5 150	10 000	15 000	35 150
274.01 KUF – radiograf-utdanning		2 700	5 100	6 600	14 400
705.62 Bedriftsintern utdanning (stråleterapeuter)		1 300	1 300	-	2 600
712.01. Statens helseundersøkelser		6 200	6200	-	12 400
713.01 Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet	5 000	13 000	12 340	-	30 340
706.01 Sosial og helsedirektoratet				22 340	22 340
707.01 Nasjonalt folkehelseinstitutt				8 200	8 200
714.01 Statens tobakks-skaderåd	5 000	10 000	10 000	-	25 000

Kap / post/ departement/ institusjon/tiltak	Bevilgn. 1999	Bevilgn. 2000	Bevilgn. 2001	Forsl. 2002	Sum 1999-2002
715.01 Statens stråle- vern (kvalitetssikring)	4 500	5 400	5 400	6 100	21 400
716.70 Kreftregisteret	-	3 600	4260	4 960	12 820
732.70 Regionale helse- foretak				1 500	1 500
734.50 Det norske Radiumhospital	4 000	0	-	-	4 000
731.50 Rikshospitalet		1500	1500	-	3 000
739. 50 Norges forskningsråd	-	10 000	21 600	20 000	51 600
730.71 Poliklinisk behandling i sykehus	2 500	4 000	4 000	4 000	14 500
739. 75 (65) Kreft- behandling	115 000	223 700	206 800	347 200	892 700
739. 66 Mammo- grafiscreening	62 240	61 200	99 600	-	223 040
Bevilgninger innarbei- det under postene over før planen ble satt i verk	-62 240	-62 240	-62 240	-73 740	-260 460
Sum	141 000	285 510	325 860	362 160	1 114 530

Tilskuddet på kap. 705, post 62 Bedriftsintern videreutdanning (stråleterapeuter) er overført til kap. 739, post 75 Kreftbehandling m.m. Tilskuddet på kap. 712, post 01 Statens helseundersøkelser er lagt inn på kap. 707, post 01 Nasjonal folkehelseinstitutt. Tilskuddet på kap. 713, post 01 Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet og tilskuddet på kap. 714, post 01 Statens tobakkskaderåd er lagt inn på kap. 706, post 01 Sosial- og helsedirektoratet. Tilskuddet på kap. 731, post 50 Rikshospitalet er lagt inn på kap. 732, post 70 Tilskudd til helseforetakene.

2. Resultatrapport 2000

Utdanningskapasiteten for radiografer ble økt med 20 studieplasser i 2000 ved Høgskolen i Sør-

Trøndelag og 20 studieplasser ved Høgskolen i Gjøvik. Tilbudet om mammografiscreening ble utvidet fra 13 til 16 fylker i 2000.

Tiltak	Resul- tat 1999	Resul- tat 2000	Måltall 2001	Måltall 2002	Måltall 2003	Måltall 2004	Måltall 2005
Mammografi (ant fylker)	13	16	16	16	19	19	19
Strålemaskiner (ant maskiner)	22	26	28	31	33	35	38
Radiografer (økn i ant studiepl)	40	80	120	140	160	160	160

Tabellen viser at kreftplanens målsetting om 36 strålemaskiner først vil kunne oppnås i 2004/2005 pga utbyggingsplaner ved Det Norske Radiumhospital og Ullevål.

Måltallene for mammografiscreening indikerer igangsatt screening som er i drift.

I tillegg er det i 2000 gitt midler til oppbygging av kompetansesentra innen lindrende behandling, arvelig kreft og genterapi ved regionsykehusene.

Prosjekt om evaluering av behov for oppsøkende genetisk virksomhet

Det Norske Radiumhospital ble i 1999 tildelt 1 mill. kroner over kap. 739, post 65 til et prosjekt om evaluering av behov for oppsøkende genetisk virksomhet for familier med arvelig disposisjon for brystkreft hos kvinner. En foreløpig rapport viser at det har vært mulig å nærme seg en evaluering av informasjonsflyt i familiene for å se om kunnskapen om helsetilbudet spredte seg godt nok uten oppsøkende virksomhet. Hovedkonklusjonen er at en når fram til alle søstre og døtre, med noen få unntak. Før sikre konklusjoner kan trekkes, ønsker DNR i den resterende prosjektperioden å evaluere arvelige sykdommer som også rammer menn (tarmkreft). Finansieringen av prosjektet foreslås videreført innenfor rammen av midler til arvelig kreft.

3. Tilstandsvurdering

Kreft er den nest hyppigste dødsårsaken i Norge etter hjerte- og karsykdommer. Hyppigheten av de fleste kreftformer øker. Økningen skjer i alle aldersgrupper, og skyldes både befolkningens alderssammensetning, og en økt risiko for å få kreft. Om lag 40 pst. av landets innbyggere vil få kreft i løpet av livet. Da kreft særlig rammer eldre, vil antall krefttilfeller øke med antall eldre i samfunnet. Det er hevdet at endret livsstil og levestil kan forebygge om lag 2/3 av alle kreftdødsfallene.

Kreft i blærehalskjertelen (prostata) er den hyppigste kreftformen hos menn, mens brystkreft er den hyppigste kreftformen hos kvinner. Kreft i tykk- og endetarm oppstår hyppig både hos menn og kvinner. Blant de vanligste kreftsykdommene er også lungekreft.

Ved noen kreftsykdommer har behandlingen bedret seg betydelig. Dette gjelder spesielt blodkreft hos barn hvor dødeligheten i 1980 var 70 pst., mot 20 pst. i 1997. Like gode resultater sees ved behandling av testikkelkreft. For andre kreftsykdommer har det vært mindre fremskritt i behandlingen, som for eksempel brystkreft og tykktarmskreft. Ved disse kreftformene er redusert dødelighet særlig knyttet til tidlig påvisning av sykdom.

4. Budsjettforslag 2002

Forebygging

Når det gjelder midler til forebygging, vises det til tekst under kap. 713 Statens råd for ernæring og

fysisk aktivitet, kap. 714 Statens tobakkskaderåd og kap. 581, post 71 Tilskudd til byfornyelse og boligkvalitet.

Tidligdiagnostikk/screeningundersøkelser

Mammografiscreening

Brystkreft er den hyppigste kreftformen hos kvinner og den viktigste årsaken til tapte leveår hos kvinner opptil 65 år. I 2001 er 16 fylker i gang med, eller har startet planlegging av, mammografiscreening. Følgende fylker er i gang med screening: Rogaland, Oslo, Hordaland og Akershus (de fire fylkene i prøveprosjektet). Telemark og Agderfylkene startet høsten 1999, Troms og Finnmark startet opp i mai 2000, alle med omlag 80 pst. fremmøte. Østfold og Nordland startet i april 2001, og Buskerud og Trøndelagsfylkene i september 2001. Møre og Romsdal og Oppland, som har fått tildelt midler, er i planleggingsfasen og vil starte opp våren 2002. Hedmark, Sogn og Fjordane og Vestfold har fått tildelt midler til planlegging og vil senest starte screeningen i 2003. I løpet av handlingsplanperioden skal mammografiscreeningprosjektet utvides til å bli et landsdekkende tilbud til kvinner i alderen 50 – 69 år. Utvidelsen skal skje så raskt personellsituasjonen tillater. Evaluering av prøveprosjektet for mammografiscreeningen forelå høsten 2000. Totalt ble det i andre screeningrunde invitert i overkant av 173 000 kvinner. I overkant av 136 000 kvinner møtte til undersøkelsen, noe som utgjør 78,9 pst. av de inviterte. Dette er i tråd med målsettingen om 80 pst. oppmøte. Resultatene er gode og vil sannsynligvis på sikt føre til en markert reduksjon av dødelighet på grunn av brystkreft.

Det forutsettes at Mammografiprogrammet følger planlagt progresjon i 2002. Det er et mål å oppnå minst 80 pst. fremmøte, at antall funn utvikler seg tilfredsstillende og at det kan dokumenteres god kvalitet på de radiologiske og kliniske data.

De foreløpige tallene for mammografiscreeningen viser at det vil være mulig å oppnå målsettingen om en redusert dødelighet for kvinnene i den aktuelle aldersgruppen, på 30 pst. som følge av systematisk screening av god kvalitet. Det er opprettet en rådgivningsgruppe for å vurdere forhold rundt innføring av digital teknologi i mammografiscreening i Norge. Gruppen anbefalte, i en rapport avgitt januar 2001, ingen snarlig overgang til digital teknikk for mammografiprogram-

met som helhet, men anbefalte et utprøvningsprosjekt i Troms og Finnmark.

Mammografiscreening kap 739, post 66 foreslås slått sammen med kap. 739, post 75 Kreftbehandling m.m., jf. kap 739, post 66. Prosjektet vil fortsatt ha øremerket tilskudd.

Fra 2002 gis bevilgningen til etatene til etatens egne kapitler, hhv. kap. 712, post 01 Statens helseundersøkelser, kap. 715, post 01 Statens strålevern og kap. 716, post 70 Kreftregisteret.

Tilskudd til forebygging av tykktarmskreft

Det ble i budsjettet for 1999 lagt inn 5 mill. kroner til oppstart av en plan for forebygging av tykktarmskreft (colo-rectal kreft) i to prøv fylker. Hensikten med prosjektet er å avklare verdien av masseundersøkelser (screening) med sikte på redusert dødelighet. 1998 var et planleggingsår, mens selve screeningen startet i januar 1999. Screeningen var opprinnelig planlagt i perioden 1999–2000. Prosjektplanen ble forlenget med ett år, til og med 2001. Hensikten er bl.a. å inkludere aldersgruppen 50-54 år i prosjektet, noe som vil sikre et bedre vurderingsgrunnlag i forhold til bl.a. estimat av forventet gevinst ved screening. Det er videre planlagt en oppfølging etter fem år. Undersøkelsen er gjennomført i Telemark og Oslo. Bevilgningen til dette prosjektet ble videreført med 2,4 mill. kroner i 2001 til bearbeiding av informasjon og tilrettelegging for de viktigste analysene.

Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) har i 2001 avholdt en konferanse om screening for kreft i tykk- og endetarm. I rapporten som er utarbeidet på bakgrunn av konferansen fremkommer det at den studien som har vært gjort i Norge ikke kan forventes å gi grunnlag for sikre slutninger før 2006-2010. Selve prøveprosjektet avsluttes i 2001. Fra og med 2002 foreslås det at Kreftregisteret får ansvar for den videre oppfølging av resultatene og delprosjektene knyttet til prøveprosjektet. Det foreslås at bevilgningen knyttet til prøveprosjektet overføres til Kreftregisteret fra og med 2002.

Prostatakreft

For menn er prostatakreft den hyppigste kreftformen. Halvparten av tilfellene oppdages hos menn over 75 år. Det ble i St.prp. nr. 1 (1998-99), foreslått bevilget midler til oppstart av et forskningsprosjekt for dokumentasjon av bruken av PSA-testing for informasjon om forhøyet risiko for å utvikle prostatakreft. På bakgrunn av fagmiljøets

vurdering, foreslo departementet i St.prp. nr. 1 (1999-2000) at prosjektet skulle utgå. Midlene som var foreslått avsatt til prosjektet i 2000, 3 mill. kroner, ble omdisponert til mammografiscreening. Fra og med 2001 er det satt av midler til etablering av et register som grunnlag for forskning i Kreftregisteret, og for å sikre enhetlig kvalitet og ressursbruk til norske menn med prostatakreft.

Arvelig kreft

Det finnes omkring 10 000 personer i Norge som er bærer av arveanlegg for ulike typer arvelig kreft. Om lag 200 av disse vil årlig få kreftdiagnose.

Den planlagte utvidelsen av tilbudet om mammografiscreening og det planlagte screeningprosjektet for tykktarmskreft, vil føre til identifikasjon av flere tilfeller med arvelig kreft og påfølgende behov for genetisk veiledning og eventuell gentesting. Det ble bevilget 5 mill. kroner i 1999, 20 mill. kroner i 2000 og 25 mill. kroner i 2001 til opprettelse av kompetansesentre for arvelig kreft ved alle landets regionsykehus. Det foreslås at bevilgningen videreføres med 25 mill. kroner i 2002 til videre oppbygging og drift av disse kompetansesentrene. Det vil da totalt være bevilget 75 mill. kroner til arvelig kreft. Det gjenstår da en bevilgning på 25 mill. kroner det siste året av kreftplanen for å nå målsettingen om en samlet bevilgning på 100 mill. kroner i løpet av planperioden.

Genterapi

Genterapi er definert som forsøk på å kurere genetisk betingede sykdommer ved å tilføre pasienter genetisk materiale (DNA) som er laboratoriefremstilt. Ved genterapi på kroppsceller får behandlingen bare betydning for den aktuelle pasient. Ved genterapi på kjønnseller går den genetiske endringen i arv til pasientens etterkommere. Genterapi er regulert i lov om medisinsk bruk av bioteknologi, som fastslår at genterapi på kroppsceller bare kan benyttes ved alvorlig sykdom og som inneholder forbud mot genterapi på kjønnseller.

Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) har i 2000 avgitt en rapport om genterapi, SMM-rapport 1/2000. Rapporten viser at genterapi bare er i utprøvningsfasen i dag i forhold til praktisk klinisk anvendelse, og at det sannsynligvis vil gå mange år før genterapi eventuelt får et internasjonalt gjennombrudd i bred klinisk bruk. Dette vil ikke bare gjelde kreft, men vel så mye hjerte-karsykdommer og andre lidelser. Rapporten

ten anbefaler at man i Norge i oppbyggingen av infrastruktur statser på forskningsmiljøene ved Radiumhospitalet og Haukeland sykehus som får hovedansvaret for samordning og nettverksbygging innen genterapi. Det anbefales at de øvrige regionsykehusene tildeles noe ressurser for å bidra til det nasjonale nettverket.

Det ble bevilget 23 mill. kroner for å styrke kompetansen innen genterapi ved regionsykehusene i 2001. Departementet går inn for fortsatt oppbygging av miljøene ved Det Norske Radiumhospitalet og Haukeland sykehus. De øvrige regionsykehusene er også tildelt noe midler for å bidra med delprosjekter og delta i nettverksbygging. Departementet antar at det i løpet av relativt få år vil bli aktuelt å bygge opp kompetanse for denne type terapi ved flere regionsykehus. Det foreslås en bevilgning på 23 mill. kroner for 2002. Det gjenstår da en bevilgning på 24 mill. kroner det siste året av handlingsplanen til videre oppbygging av kompetansen innen dette feltet for å nå målsettingen om en samlet bevilgning på 95 mill. kroner i løpet av planperioden.

Økt strålebehandlingskapasitet

Strålebehandling er sentral i spesifikk kreftbehandling. Slik behandling har helbredende virkning i tidlig stadier ved mange kreftformer og kan redusere størrelsen på det kirurgiske inngrepet. Hos pasienter med symptomgivende, langtkommende og uhelbredelig kreftform, vil mellom 40 og 95 pst. av de som tilbys palliativ strålebehandling oppnå god lindring.

Liten kapasitet for stråleterapi i Norge i dag har i særlig grad rammet pasienter med behov for lindrende behandling. En forventet økning i kreftforekomsten gjør det nødvendig å yte ekstra midler til innkjøp av utstyr og toskifts bemanning for å øke kapasiteten.

Som et ledd i Nasjonal kreftplan er det vedtatt en utvidelse fra 22 strålemaskiner til 36 strålemaskiner i løpet av handlingsplanperioden 1999-2003. Dette skal skje både gjennom en utvidelse av kapasiteten ved regionsykehusene, men også gjennom etablering av satellittenheter ved sentralsykehusene. Satellittenheter vil faglig være underlagt en regionsykehusavdeling. Det legges til grunn en jevn utbyggingsprofil som tilsier eta-

blering av 3 nye maskiner per år i handlingsplanperioden. Det legges til grunn 100 pst. statlig finansiering av selve strålemaskinene og bunkerene.

I tiden som har gått etter Stortingets behandling av kreftplanen, har indikasjonene for strålebehandling økt. Utbygging av mammografiscreeing og brystbevarende kirurgisk kreftbehandling er eksempler på dette. Planene fra helseregionene har da også i ettertid vist et samlet behov på flere maskiner enn den vedtatte rammen på 36 maskiner. Det tas sikte på fullfinansiering av en tredje strålemaskin og en tredje bunkers ved Ullevål sykehus innen utgangen av 2003. Maskinene vil imidlertid etter planen ikke kunne settes i drift før våren 2005. Videre er det behov for en andre maskin ved DNR i løpet av planperioden. I tillegg til dette er departementet kjent med at det fra Helse Vest er signalisert behov for en 8. maskin i regionen, altså en maskin mer enn den tildelte rammen på i alt 7 maskiner. Samlet er det signalisert et behov for 39 strålemaskiner på landsbasis. Departementet har foreløpig ikke tatt stilling til den 8. maskinen i Helse Vest, og den er derfor ikke tatt med i tabellen nedenfor. Tabellen viser fordelingen av 38 maskiner på landsbasis. Departementet vil komme tilbake til oppfølging av dette i senere budsjettproposisjoner.

Det ble i 2000 bevilget midler til planlegging og oppbygging av satellittenheter i Vest-Agder, Møre og Romsdal og Oppland. Stråleterapienheten i Vest-Agder med 2 maskiner ble åpnet i februar i år og har etablert et samarbeid med DNR. Stråleterapienheten i Oppland planlegges åpnet for drift i september 2002, mens stråleterapienheten i Møre og Romsdal er planlagt åpnet i august 2003. I tillegg er det bevilget midler til innkjøp av ny maskin ved Regionsykehuset i Tromsø. Sistnevnte maskin vil etter planen kunne settes i drift i løpet av 2001. Det foreslås bevilget midler til videre utbygging av stråleterapien med minimum 3 maskiner i 2002. Samlet for 2000 og 2001 er det bevilget midler til i alt 6 nye strålemaskiner. Finansieringen av strålemaskiner gis som regel over minimum 2 år. Størrelsen på de bygningsmessige investeringene vil avhenge av i hvilken form regionene/fylkeskommunene velger å bygge ut.

Tabellen nedenfor viser tidsplanene for oppstart av nye maskiner fordelt på sykehusene etter de planer som foreligger høsten 2001:

Sykehus	Status 1999	Nye 2000	Nye 2001	Nye 2002	Nye 2003	Sum 2003	Sum 2004	Sum 2005
Regionsykehuset i Tromsø (RiTø)	2			1	1	4	4	4
Regionsykehuset i Trondheim (RiT)	3		1			4	4	4
Sentralsjukehuset i Ålesund					2	2	2	2
Haukeland sykehus ¹⁾	5					5	5	5
Sentralsjukehuset i Rogaland (SiR)		2				2	2	2
Radiumhospitalet (DNR)	9					9	11	11
Vest-Agder sentralsykehus			2			2	2	2
Ullevål sykehus	3					3	3	6
Oppland sentralsykehus, avd. Gjøvik				2		2	2	2
Sum alle sykehus	22	2	3	3	3	33	35	38

¹⁾ En eventuell 6. strålemaskin til Haukeland er det foreløpig ikke tatt stilling til.

Utbygging av stråleterapien ligger an til å bli noe forsinket i forhold til målsettingen i Nasjonal kreftplan. Dette skyldes i hovedsak at to av byggeprosjektene har tatt noe lenger tid enn forutsatt ved Det Norske Radiumhospitalet (DNR) og Ullevål sykehus.

I følge Statsbyggs fremdriftsplan skal det nye stråleterapibygget ved DNR stå ferdig 01.07.2004. De to nye maskinene ved DNR kan derfor tidligst komme i drift i løpet av 2004. Ved Ullevål sykehus er det vedtatt bygging av et nytt kreft- og infeksjonssenter. I henhold til planer fra Oslo kommune vil det nye bygget stå ferdig ved årsskiftet 2004/2005 og de tre nye maskinene kan komme i drift i mars/april 2005. Realistiske måltall for 2003 anses å være 33 maskiner i drift.

Lindrende behandling – livshjelp

Et velfungerende samarbeid mellom primærhelsetjeneste og sykehus er en faglig forutsetning for god lindrende behandling. Det er derfor viktig å etablere kompetansemiljøer på dette området. Spredning av kompetanse kan for eksempel gjennomføres ved at regionsykehusene tilbyr sykehusene i regionen besøk/bistand av spesialister (leger/sykepleiere) for kortere eller lengre tid.

Organiseringen av denne virksomheten forutsettes ivarettatt i de regionale kreftplanene.

Det er i Nasjonal kreftplan vedtatt å etablere kompetansesentre for lindrende behandling ved alle landets regionsykehus. Det ble bevilget 5 mill. kroner i 1999, 20 mill. kroner i 2000 og 8 mill. kroner i 2001 til oppbygging av kompetanse innen lindrende behandling ved alle regionsykehusene. Det foreslås en bevilgning på om lag 8 mill. kroner for 2002 til videre drift. Totalt vil det da være bevilget 41 mill. kroner til dette formålet. Det gjenstår da en bevilgning på 9 mill. kroner det siste året i kreftplanen for å nå målsettingen om en samlet bevilgning på 50 mill. kroner i løpet av planperioden. I tillegg foreslås avsatt ytterligere 5 mill. kroner til å styrke regionsykehusenes kompetanse innen lindrende behandling for å ivareta også andre sykdommer enn kreft, jf. kap. 730, post 67. Satsingen er i tråd med anbefalingene i NOU 1999:2 Livshjelp. Det ble i 2001 bevilget 1 mill. kroner til Prosjekt lindrende behandling ved Telemark Sentralsjukehus. Departementet mener den erfaring dette prosjektet gir vil være av betydning for oppbygging av enheter for lindrende behandling ved andre sentralsykehus. Det foreslås bevilget 1 mill. kroner til videreføring av dette prosjektet i 2002.

Det arbeides også med avtaler om lindrende behandling i utlandet for pasienter med kreft, jf. kap. 2790, post 72 Sykebehandling i utlandet.

Lindrende kreftbehandling i hjemmet

Fra 1999 er det innført en egen takst for ambulant onkologi, hvor helsepersonell i regi av sykehusene kommer hjem til pasienten. Det ble bevilget 4 mill. kroner til formålet i 2000. Denne bevilgningen er videreført i 2001 og foreslås videreført også i 2002. Det vises til nærmere omtale under kap. 730, post 61 Refusjon poliklinisk virksomhet mv.

Kvalitetssikring

Den opprustning som anbefales innen stråleterapikapasiteten har konsekvenser for det strålemedisinske kvalitetssikringsarbeidet, idet behovet for strålefysiske og dosimetriske tjenester, samt kvalitetssikringen av disse, vil øke betydelig.

Det foreslås en permanent styrking av dosimetri og kvalitetssikring i strålemedisin i regi av Statens strålevern, og det er avsatt 4,5 mill. kroner pr. år på kap. 715 til dette formålet fra og med 1999.

Barn og kreft

Det ble i 2000 og 2001 bevilget 1,5 mill. kroner årlig til opprettelse av et kompetansesenter for solide svulster hos barn ved Rikshospitalet/Det Norske Radiumhospital. Senteret skal bl.a. koordinere utarbeidelsen av nasjonale handlingsprogrammer, kvalitetssikre behandlingsprogrammene og overvåke resultatene. Bevilgningen ble i 2000 overført fra kap. 739, post 65 til kap. 731, post 50 Rikshospitalet og foreslås videreført i 2002 og overført til kap. 732, post 70 Regionale helseforetak.

Tilskudd til etterkontroll av kreftpasienter for registrering av eventuelle langtidsbivirkninger

Det er kjent at behandling av kreft kan gi betydelige langtidsbivirkninger. Problemet med slike langtidsbivirkninger er at de ofte melder seg mange år etter at pasienten har gått ut av rutinekontrollene ved regionsykehusene. Det er fra 1999 avsatt 3 mill. kroner på kap. 716 til et samarbeidsprosjekt mellom regionsykehusene, Kreftregisteret og Det Norske Radiumhospital, slik at det kan gjennomføres etterkontroll av kreftpasienter for å registrere langtidsbivirkninger. Bevilgningen foreslås videreført i 2002.

Helsepersonell

Til tross for en jevn økning de senere årene i antallet utførte årsverk blant leger og sykepleiere ved de somatiske sykehusene, er det fortsatt mangel på viktige grupper helsepersonell. Innenfor kreftbehandling er mangelen på nøkkelpersonell særlig knyttet til legespesialister, radiografer og stråleterapeuter. Spesiell satsing på dette er derfor en forutsetning for å få iverksatt en nasjonal kreftplan. Det vises til departementets handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001.

Legespesialister

Det ble bevilget 1,5 mill. kroner i 2000 og 3 mill. kroner i 2001 til etablering av et stimuleringsstilskudd for utdanningsstillinger innenfor fagområdene patologi, onkologi og radiologi i 2000. Denne tilskuddsordningen foreslås videreført i 2002.

Radiografer

En foreløpig tilbakemelding fra helseregionene viser et behov for 120 radiografer og 40 stråleterapeuter i tillegg til dagens bemanning. Inkludert utdanningen av radiografer på Gjøvik, vil det ved utgangen av 2003 være utdannet 120 flere radiografer enn i 2000. Det er god søkning til studiet. Studiekapasiteten for radiografer ble økt med 20 plasser allerede fra 1998. Ytterligere 20 nye plasser ble etablert i 1999. Fra høsten 2000 ble antall studieplasser ved Høgskolen i Sør-Trøndelag økt med 20 plasser, og det ble etablert en utdanning ved Høgskolen i Gjøvik med 20 plasser fra høsten 2000. Det ble bevilget 3 mill. kroner til dette fra kap. 739, post 21 i 1999. I tillegg ble bevilgningen økt med 0,9 mill. kroner til økningen på 20 plasser. Midlene vil bli overført til Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.

Stråleterapeuter

Det er en målsetting å øke utdanningskapasiteten for stråleterapeuter for å møte den økte etterspørselen som følge av kreftplanen. Utdanningskapasiteten ble økt fra 10 plasser i 1996 til 39 plasser i 2000/2001. I 2001/2002 er det lagt opp til en økning på 15 studenter slik at det på landsbasis blir 54 studieplasser. Alle kvalifiserte søkere vil få studieplass. Utfordringen ved utdanning av stråleterapeuter har til nå vært mangelen på søkere, og i mindre grad opptakskapasiteten. Foreløpig er situasjonen blitt avhjulpet ved at man har tillatt andre yrkesgrupper enn radiografer å ta videreut-

danning i stråleterapi. Departementet tar videre sikte på å etablere en desentralisert videreutdanning i stråleterapi ved Høgskolen i Gjøvik i løpet av 2002. Bevilgningen til utdanning av stråleterapeuter på kap. 705, post 62 foreslås overført til kap. 739, post 75 fra 2002. Det vises til nærmere omtale under kap. 705, post 62.

Stråleterapiassistenter

Det ble i 1999 opprettet en ny utdanning; stråleterapiassistenter. Utdanningen bygget på hjelpepleierutdanningen og ble organisert som en bedriftsintern utdanning. Utdanningen av stråleterapiassistenter startet opp med 10 elever ved Ullevål sykehus høsten 1999, og ble avsluttet våren 2000. Evalueringen av prosjektet er nå gjennomført og departementet vil ta standpunkt til de forhold som berører en evt. videreføring av tiltaket.

Kreftforskning

Forskningsinnsatsen på kreftsykdommer må spenne vidt og inkludere både grunnforskning, klinisk forskning, epidemiologisk forskning og forskning om hvilke forebyggings tiltak som virker og hvordan disse kan og bør implementeres. Sosial- og helsedepartementet ser det som vesentlig at kreftforskningen skjer på et faglig og uavhengig grunnlag og ikke i uheldig grad styres av næringsinteresser. Det er nå utarbeidet en strategi for offentlig kreftforskning i regi av Norges forskningsråd. Midlene vil bli fordelt mellom Norges forskningsråd og Senter for medisinsk metodevurdering. Det foreslås bevilget 24 mill. kroner til kreftforskning i 2002, hvorav 20 mill. kroner til Norges Forskningsråd over kap. 739, post 50 og 4 mill. kroner til Senter for medisinsk metodevurdering over kap. 739, post 65. Samlet vil det da være bevilget 71,6 mill. kroner til kreftforskning. Det gjenstår da en bevilgning på til sammen 28,4 mill. kroner det siste året i handlingsplanen for å kunne oppfylle målsettingen om en bevilgning på 100 mill. kroner til kreftforskning i planperioden.

Nasjonalt screeningsenter for kreft

Å øke mulighetene for bedre helbredelse ved tidlig diagnose, er én av tre hovedmålsettinger i Nasjonal kreftplan. Før ulike programmer for masseundersøkelser settes i gang, er det nødvendig å foreta ulike typer vurderinger, ikke bare rent medisinskfaglige, men også ressursmessige og etiske. Departementet ønsker derfor å etablere et

senter for å samle kompetanse innenfor kreftscreening.

En arbeidsgruppe utarbeidet i 2000 en rapport om nasjonalt screeningsenter for kreft, og foreslo følgende hovedfunksjoner:

- å gi råd til sentrale helsemyndigheter om innføring av nye screeningprogrammer for kreft i Norge
- å utforme kvalitetskrav til helseregionene og fylkeskommunene for vedtatte screeningprogrammer, gi råd om innføringen og ha ansvar for den løpende kvalitetskontroll av programmene
- å ha det operative ansvar for den praktiske gjennomføring av all logistikk rundt screeningprogrammene
- å beregne effekten av pågående screeningprogrammer, målt i helsegevinst, helsetap og samfunnsøkonomiske kostnader

Den optimale bruken av ressurser vil være å videreutvikle de screeningoppgaver som Kreftregisteret har i dag. Arbeidsgruppen mener derfor at screeningsenteret må legges til Kreftregisteret. Kreftregisteret er det miljø som i dag har kompetanse innenfor bl.a. epidemiologi og registrering i forhold til de krav til kompetanse arbeidsgruppen mener et kompetansesenter bør ha. Departementet tar sikte på å etablerte et slikt senter, og vil komme tilbake til finansiering av dette på et senere tidspunkt.

Evaluering

Det er igangsatt en evaluering av Nasjonal kreftplan i regi av SINTEF Unimed. Seks hovedområder vil bli evaluert:

- utbygging av stråleterapikapasiteten – betydning for blant annet ventetid for behandling og dekningsgrad
- regionale kompetansesentra – betydning for 1. linjetjenesten og andre sykehus i regionen og pasientene i deres nærmiljø
- effekten av regionale kreftplaner på organisering av kreftbehandling i den enkelte region
- utdanning av helsepersonell
- kreftplanens effekt på forskning
- forebygging; kreftplanens effekt på hvilke tiltak som er gjennomført og hvilke virkemidler som er benyttet.

Det vil bli avgitt delrapport i tillegg til at den endelige evalueringsrapporten vil foreligge i begynnelsen av 2004. Departementet vil komme tilbake

med resultatene fra delrapportene i de årlige budsjettene.

I første delrapport fokuseres det særlig på kartlegging av kapasitet i forbindelse med stråleterapi ved sykehusene. Evalueringen vil vektlegge kapasitet og aktiviteter i stedet for ventetid.

Post 76 Tilskudd til RiT 2000 (før post 64)

1. Formål og hovedprioriteringer

Det vises til St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (1999-2000), jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (1999-2000), der Stortinget vedtok revidert avtale mellom staten og Sør-Trøndelag fylkeskommune av 9. september 1999 om utbygging av ny universitetsklinikk i Trondheim – RIT 2000. Det vises videre til den omtale som er gitt av RIT 2000-prosjektet i St.prp. nr. 1 (2000-2001), Tillegg nr. 8 til St.prp. nr. 1 (2000-2001), og senest i St.prp. nr. 84 (2000-2001).

Budsjettposten dekker Sosial- og helsedepartementets samlede tilskudd ifm. RIT 2000-prosjektet for det aktuelle budsjettår, og kostnader i forbindelse med oppfølgingen av prosjektet. Med bakgrunn i stortingsvedtak om statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten, legges det også i dette prosjektet vekt på at fylkeskommunen bærer sitt ansvar fram til årsskiftet.

2. Tilstandsvurdering/status i planarbeidet og utbyggingen

Gjennom avtalen av 1999 ble det fastsatt reviderte rammer og forutsetninger for utbygging av ny universitetsklinikk i Trondheim. I henhold til avtalen skal det enkelte byggetrinn legges fram for Sør-Trøndelag fylkesting og Stortinget, for godkjenning av kostnadsramme på forprosjektnivå. Gjennomgangen av RIT 2000-prosjektet høsten 2000 resulterte blant annet i beslutning om at byggetrinn 1 og 2 skal behandles under ett, i en ny samlet fase 1. Ved behandling av St.prp. nr. 84 (2000-2001) sluttet Stortinget seg til at før en eventuell igangsetting av fase 1 på Øya, vil det bli gjennomført en utredning av alternativt utbyggingsprosjekt lokalisert til Dragvoll i Trondheim. Bakgrunnen for regjeringens beslutning om alternativ utredning er blant annet prosjektets forventede investeringskostnader, som er betydelig høyere enn det som lå til grunn for avtalen mellom staten og fylkeskommunen av 1999.

Byggetrinn 0 omfatter diverse forberedende tiltak og ble formelt igangsatt i 1999, jf. Tillegg nr. 4 til St.prp. nr. 1 (1999-2000). Byggetrinnet inkluderer blant annet arealerverv, omlegging av infra-

struktur, trafikk og parkering, utvidelse av stråleterapienhet, ny barnehage mv. Byggetrinn 0 har en kostnadsramme på 294,3 mill. kroner for bygg- og anlegg og 1,5 mill. kroner til utstyr (oktober 1998-kroner). Påløpte brutto kostnader ved utgangen av 2000 var 261,4 mill. kroner. Byggetrinnet rapporteres å bli gjennomført i henhold til kostnadsrammen, hvorav gjenstående aktiviteter forventes å bli slutført høsten 2001.

Samlet ressursbruk for plan- og utbyggingsarbeid i forbindelse med RIT 2000 beløp seg i år 2000 til 227 mill. kroner. Sosial- og helsedepartementet utbetalte 52,22 mill. kroner relatert til bygg- og anleggsutgifter og utstyr, og 11,25 mill. kroner til FoU-tiltak i år 2000. I tillegg har departementet utbetalt ulempestilskudd på 32 mill. kroner i henhold til revidert avtale.

Den samlede ressursbruken for plan- og utbyggingsarbeid i forbindelse med RIT 2000-prosjektet i perioden 1997-2000 beløper seg til 505,8 mill. kroner. For perioden 1997-2000 utgjør Sosial- og helsedepartementets samlede tilskudd 98,1 mill. kroner til bygg- og anleggsutgifter og utstyr, og 17,3 mill. kroner til FoU. I tillegg har departementet utbetalt ulempestilskudd til fylkeskommunen, som samlet utgjør 110 mill. kroner.

Fylkestinget i Sør-Trøndelag behandlet byggetrinn 1 i juni 2000, og fattet da vedtak som innebar et høyere kostnadsanslag enn det som lå til grunn for avtalen mellom staten og fylkeskommunen. Staten ble samtidig varslet om forventet kostnadsøkning også for senere byggetrinn. Med bakgrunn i fylkestingets vedtak og det betydelige statlige finansielle ansvaret i forbindelse med prosjektet, besluttet departementet å foreta en gjennomgang av prosjektet før igangsettingsforslag for byggetrinn 1 ble fremmet for Stortinget. Det vises her til St.prp. nr. 1 (2000-2001) for redegjørelse om bakgrunnen for departementets beslutning om gjennomgang av prosjektet høsten 2000, og til Tillegg nr. 8 til St. prp. nr. 1 (2000-2001) for resultatene av denne gjennomgangen. På bakgrunn av gjennomgangen konkluderte departementet med at en del forhold – herunder framtidig driftsøkonomi og prosjektets framtidige fleksibilitet, måtte bli nærmere avklart, før man fant det forsvarlig å fremme sak om igangsetting for Stortinget.

Samlet vurdert fant regjeringen det forsvarlig å fremme sak om kostnadsrammevedtak for fase 1 og fullmakt til en eventuell igangsetting ifm. revidert nasjonalbudsjett, med premisser knyttet til dette. Før en eventuell igangsetting av utbygging på Øya skal det gjennomføres en utredning av et alternativt prosjekt, lokalisert til Dragvoll i Trondheim. Utredningen er forutsatt gjennomført innen

årsskiftet 2001-2002, hvorefter det tas endelig stilling til om utbyggingen skal skje på Øya eller ved alternativ lokalisering på Dragvoll. Hensikten med utredningen er å få avklart hvorvidt det er realistisk og formålstjenlig med et alternativt prosjekt til lavere kostnader og risiko, ferdigstilt innenfor den forutsatte tidsramme. Stortinget har godkjent kostnadsramme for fase 1 på Øya, dersom Dragvoll ikke viser seg aktuell som alternativ.

3. Bevilgningsforslag for 2002

Sosial- og helsedepartementets bevilgning for 2001 var 125,9 mill. kroner, herav 34 mill. kroner i ulempestilskudd. I forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 84 (2000-2001) ble bevilgningen redusert med 26,6 mill. kroner, som følge av at faktisk utvikling i prosjektet det foregående året innebar et lavere forbruk enn det som var lagt til grunn for bevilgningen. Over Kirke-, utdanning- og forskningsdepartementets budsjett er det bevilget om lag 105 mill. kroner til prosjektet i 2001.

For 2002 foreslås det bevilget i alt 636,5 mill. kroner, hvorav Sosial- og helsedepartementets andel utgjør 445,6 mill. kroner. Sosial- og helsedepartementet vil være ansvarlig for investeringskostnader for sykehusdelen av prosjektet fom. 2002, som følge av statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten, jf. Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). Det understrekes at det råder usikkerhet rundt bevilgningsbehovet for 2002. Som redegjort for i St.prp. nr. 84 (2000-2001) vil det først ved årsskiftet, når Dragvoll-utredningen er sluttført, bli fattet beslutning om hvilket av de to alternativene man ønsker å gå videre med. Denne beslutningen vil være avgjørende i forhold til det reelle bevilgningsbehovet i prosjektet, og det må derfor holdes åpent for at det kan komme endringer i bevilgningsforslaget. Departementet vil komme tilbake

til Stortinget når valg av alternativ og eventuelt tidspunkt for byggstart foreligger.

Den foreslåtte bevilgningen er sammensatt av deler av investeringskostnader til sykehusdelen av prosjektet ved en eventuell igangsetting av fase 1 på Øya, FoU-kostnader, samt kostnader forbundet med oppfølgingen av prosjektet.

Universitetsdelen av prosjektet finansieres over Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementets budsjett (kap 281, post 79). For 2002 foreslås det bevilget 190,9 mill. kroner til dette formål.

Post 77 Tilskudd til helsepersonellbemanning i luftambulansetjenesten (før post 60)

På bakgrunn av Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), jf. Innst. O. nr. 118 (2000-2001) foreslås midler til helsepersonellbemanning i luftambulansetjenesten lagt inn i rammen til kap. 732 Regionale helseforetak, med unntak av midler til oppgaver i tjenester av nasjonal karakter.

6,5 mill. kroner foreslås bevilget til oppgaver i tjenester av nasjonal karakter. Resterende bevilgning fordeles på de regionale helseforetakene på grunnlag av fastsatte utgiftsrammer for den enkelte base.

De regionale helseforetakene skal fra og med 01.01.2002 sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen, tilbys spesialisthelsetjeneste, herunder luftambulansetjeneste, jf. lov om spesialisthelsetjeneste § 2-1a.

Midlene skal bidra til å dekke utgifter knyttet til helsepersonellbemanning i luftambulansetjenesten. Det er forutsatt at de regionale helseforetakene organiserer denne bemanningen og er ansvarlige for gjennomføring av helsedelen av virksomheten.

Når det gjelder midler til transportdelen av tjenesten, se nærmere omtale under kap 2750, post 72 Luftambulansetransport.

Kap. 3739 Behandlingsreiser til utlandet (jf. kap. 739)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
02	Egenandeler og refusjon		6 000	10 300
03	Diverse inntekter		4 000	
	Sum kap 3739		10 000	10 300

Programkategori 10.40 Psykisk helse

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
0740	Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (jf. kap. 3740)	825			
0742	Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter	22 370	24 200	25 900	7,0
0743	Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse	1 629 367	2 103 600	2 605 100	23,8
0744	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede			30 000	
Sum kategori 10.40		1 652 562	2 127 800	2 661 000	25,1

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
01-23	Statens egne driftsutgifter	43 357	45 000	47 300	5,1
60-69	Overføringer til kommune- forvaltningen	1 442 593	1 884 500	1 062 000	-43,6
70-89	Andre overføringer	166 612	198 300	1 551 700	682,5
Sum kategori 10.40		1 652 562	2 127 800	2 661 000	25,1

Regjeringen legger til grunn at styrkingen av psykisk helsearbeid gjennomføres i tråd med opptrappingsplanen og Stortingets intensjoner, jf. St.prp. nr. 63 (1997-98) Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006, og Budsjettinnst. S. nr. 222 (1997-98). Overføringen av ansvaret for spesialisthelsetjenesten til staten og opprettelsen av helseforetak, vil være et bidrag til å sikre dette målet.

Det vises til omtale av den samlede spesialisthelsetjeneste under programkategori 10.30 Somatiske spesialisttjenester.

Under denne programkategorien har man samlet de spesielle statlige stimulerings tiltakene

for tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Midler til Norges Forskningsråds programmer om psykisk helse er oppført under kap. 701 post 50. For mer generelt virkende tiltak som også har betydning for denne målgruppen vises til henholdsvis programkategori 09.10 Sosialtjenesten forebygging av rusmiddelmissbruk m.v., 09.70 Eldre og funksjonshemmede, 10.00 Helsetilsyn m.m. (fengselshelsetjenesten), 10.10 Kommunehelsetjeneste og folkehelsearbeid, 10.20 Medisinsk attføring og 10.30 Somatiske spesialisttjenester (bl.a. poliklinikkrefusjon, tilskudd til regiosykehus, helseregionalt samarbeid). Videre er

bevilgningene til kommunale botiltak over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett styrket som følge av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Det er dessuten ført opp forslag om 44 mill.

kroner over Arbeid- og administrasjonsdepartementets budsjett til Arbeidsmarkedsetatens arbeid for mennesker med psykiske lidelser.

Kap. 0742 Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter	21 302	20 400	22 000
60	Tilskudd	1 068	3 800	
70	Tilskudd			3 900
	Sum kap 0742	22 370	24 200	25 900

Formål og oppgaver

Hvor noen er under psykisk helsevern etter lov av 07.07.99 nr. 62, skal det være en kontrollkomisjon som etter nærmere regler gitt av departementet treffer avgjørelser som er tillagt den. Staten skal dekke utgiftene som angår kontrollkomisjonene.

Kontrollkomisjonens oppgaver er å behandle klager på avgjørelser om videre undersøkelse, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvunget psykisk helsevern, samt klager på avgjørelser om begrensninger i pasientens kontakt med omverdenen, om undersøkelse av rom og eiendeler og kroppsvisitasjon, om beslag og om tvangsmidler.

Kontrollkomisjonene skal i tillegg, i den utstrekning det er mulig, føre den kontroll den finner er nødvendig for pasientens velferd. Det vises til psykisk helsevernloven § 6-1 med forskrifter.

Fylkeslegen skal føre tilsyn med helsetjenesten i fylket i henhold til lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Klage på medisinsk behandling skal rettes til fylkeslegen og hører således ikke direkte inn under kontrollkomisjonens tilsynsområde.

Kontrollkomisjonene er suverene når det gjelder avgjørelser i klagesaker, og kan bare overprøves av domstolene. Kontrollkomisjonenes virksomhet omfattes heller ikke av lov om statlig tilsyn. En generell overvåkning av kontrollkomisjonenes virksomhet utøves i dag ved at Helsetilsynet/fylkeslegene mottar årsrapporter. I tillegg avholder Helsetilsynet årlige konferanser for samtlige av landets kommisjoner.

Resultatrapportering

Kontrollkomisjonene avgir årsrapporter fra sitt arbeid. Det er utarbeidet en mal for rapportene. Landet har 56 kontrollkommisjoner. Helsetilsynet har mottatt årsrapporter fra de fleste kontrollkomisjonene. De som ikke har avgitt årsrapport vil bli purret, slik at en samlet gjennomgang kan foretas.

Satsingsområder

De årlige konferansene for kontrollkomisjonene er et viktig bidrag i arbeidet med å sikre erfaringsoverføring, kompetanseutvikling og oppdatering av regelverk som skal sikre god kvalitet og enhetlig praksis i kommisjonenes arbeid.

Departementet er kjent med at enkelte kontrollkommisjoner ikke har fungert tilfredsstillende. Departementet samarbeider med Helsetilsynet for å videreutvikle de årlige kontrollkomisjonskonferansene som et virkemiddel til å skape en øket bevissthet om hvordan kontrollkomisjonene skal arbeide. Departementet viser videre til at ny psykisk helsevernlov trådte i kraft 1. januar 2001. Etter departementets oppfatning vil et mer moderne regelverk med en klarere definert kompetanse i klagesaker kunne bidra til en bedre kvalitet på kontrollkomisjonenes saksbehandling.

Merknader til de enkelte poster

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker utgiftene til kontrollkomisjonene i psykisk helsevern, herunder utgifter til

forberedelse og gjennomføring av årlig kontroll-kommisjonskonferanse.

Post 70 Tilskudd

Posten skal dekke utgifter ved gjennomføring av tvungent psykisk helsevern for pasient som ikke har bosted i riket, jfr. lov om spesialisthelsetjeneste § 6-7. Posten skal også dekke hjemsendelse av utenlandske sinnslidende. I 2000 ble det foretatt to slike hjemsendelser. Videre dekkes hjemhenting fra utlandet av sinnslidende norske stats-

borgere. I 2000 ble 17 personer hentet hjem, herav 10 fra Europa, 3 fra Asia, 3 fra Nord-Amerika og 1 fra Australia.

Utgiftene varierer sterkt fra år til år fordi det er forholdsvis få saker.

Fra 1. januar 2001 ble det også åpnet for at norske myndigheter kan legge forholdene til rette for transport til Norge for mennesker som har vært utsatt for en alvorlig ulykke eller livstruende sykdom i utlandet. Utlegg til dette føres over denne posten, men kreves refundert av pasienten ved ankomst til Norge.

Kap. 0743 Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
21	Spesielle driftsutgifter	21 230	24 600	25 300
60	Utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres</i>	71 277	78 700	
61	Tilskudd til psykososialt arbeid for flyktninger, <i>kan overføres</i>	17 081	17 100	
62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, <i>kan overføres</i>	653 535	873 500	1 062 000
63	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern i fylkene, <i>kan overføres</i>	622 445	836 400	
64	Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern for voksne, <i>kan overføres</i>	31 204	56 000	
65	Utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom, <i>kan overføres</i>	45 983	19 000	
70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres</i>	100 332	129 500	236 800
72	Tilskudd til Modum bads nervesanatorium	66 280	68 800	71 900
73	Tilskudd til psykososialt arbeid for flyktninger, <i>kan overføres</i>			21 700
75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>			1 028 800
76	Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>			158 600
Sum kap 0743		1 629 367	2 103 600	2 605 100

Overført fra 2000 til 2001:

Post 21: 1 153 000 kroner
Post 60: 18 599 000 kroner
Post 61: 12 977 000 kroner
Post 62: 1 565 000 kroner

Post 63: 5 455 000 kroner
Post 64: 39 756 000 kroner
Post 65: 118 238 000 kroner
Post 70: 7 013 000 kroner

Som følge av statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten er 60-postene med bevilgningsforslag for 2002 omgjort til 70-poster. Tidligere post 64 og 65 er slått sammen til ny post 76. Videre er tidligere post 60 og 70 slått sammen under 70 posten.

Omfanget av psykiske lidelser

Psykiske lidelser varierer i varighet, alvorlighet og intensitet. 15-20 pst. av befolkningen har psykiske lidelser i mildere eller alvorligere grad. Avgrensningen mellom vanlig forekommende livsproblemer og psykiske lidelser er vanskelig. En beregnet forekomst på 20 pst. betyr ikke at en femtedel av befolkningen er psykisk syke hele tiden – det er et uttrykk for at psykiske lidelser er svært utbredt og at mange vil oppleve en psykisk lidelse en eller annen gang i livet.

Ca. hver 3. uføretrygd skyldes psykisk lidelse og er den hurtigst voksende årsak til uføretrygd blant de store sykdomsgruppene. I 1999 var det ca. 70 000 uføretrygdde og ca. 4 mill. sykedager (trygdens andel) grunnet psykiske lidelser. Psykiske lidelser koster det norske samfunnet ca. 30 mrd. kroner per år i form av trygdeutgifter, behandlingsutgifter og sosialutgifter. Tapt produktivitet er ikke tatt med i regnestykket.

Flere undersøkelser tyder på at personer med alvorlige psykiske lidelser er blant de som mottar det svakeste tilbudet fra tjenesteapparatet og har de dårligste levekårene.

1. Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006

Gjennomføringen av opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006

Hovedtall i opptrappingsplanen

Ved sin behandling av St.prp. nr. 63 (1997-98) sluttet Stortinget seg til hovedlinjene i opptrappingsplanen for psykisk helse. Planen innebærer at det skal investeres for ca. 6,3 mrd. kroner i løpet av planperioden 1999-2006, og at driftsutgiftene gradvis økes til et nivå som ligger reelt ca. 4,6 mrd. kroner over utgiftsnivået i 1998, jf. tabellen nedenfor.

Det er anslått et samlet personellbehov på ca. 9275 nye årsverk i løpet av planperioden som følge av opptrappingsplanen. Dette behovet har vært vurdert i forhold til den planlagte utbyggingen av tjenestene sett på bakgrunn av forventet tilgang på de ulike personellgrupper som er aktuelle ved gjennomføringen av planen. I lys av personellsituasjonen ble det i St.prp. nr. 63 (1997-98) lagt til grunn en noe sterkere opptrapping mot slutten enn i starten av planperioden.

Tabellen nedenfor viser de samlede kostnadene knyttet til gjennomføringen av opptrappingsplanen for årene 1999 til 2006. Beløpene er i 1998-kroner.

*Økte utgifter til drift og investeringer for planperioden 1999-2006. Mill. kroner (1998 kroner).
(Investeringskostnadene ført etter kontantprinsippet)*

Tiltak	Driftsutgifter Økning fra 1998 til 2006	Investeringer 1999-2006
Brukerrettede tiltak	25	0
Kommunale tjenester voksne	1 650	2 516
Kommunale tjenester barn	450	0
Spesialisthelsetjenester voksne	1 191	2 556
Spesialisthelsetjenester barn og unge	636	881
Tilbud til særlig farlige og vanskelige sinnslidende m.v.	216	346
Grupper med særlige behov	36	0
Tilbud til samisktalende	20	0
Statlige sysselsettingstiltak	186	0

Tiltak	Driftsutgifter Økning fra 1998 til 2006	Investeringer 1999-2006
Utdanning/rekruttering av personell, forskning m.v.	161	0
Spesielle driftsutgifter	4	0
Sum	4 575	6 299

Gjennomsnittlig årlig økning for de gjenstående årene av planperioden (2003-2006) vil være omlag 991 mill. kroner (2001-kroner).

Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten

Gjennomføring av opptrappingsplanen når det gjelder psykisk helsevern for voksne og for barn og ungdom blir et prioritert satsningsområde for de nye regionale helseforetakene. Dette arbeidet skal skje i nært samarbeid med kommunene, brukerorganisasjonene og andre berørte instanser. Som det går fram av Ot.prp. 66 (2000-2001) vil de fylkeskommunale opptrappingsplanene for psykisk helsevern være ett av grunnlagsdokumentene for helseforetakenes arbeid med videreutvikling av denne delen av spesialisthelsetjenesten. Det legges derfor opp til å videreføre ordningen med øremerkede tilskudd gjennom de

regionale helseforetakene. Se nærmere omtale under kap. 743 post 75 og 76.

2. Opptrappingsplanen i budsjettforslaget for 2002

I budsjettforslaget for 2002 avsettes det 520 mill. kroner mer i faste priser til psykisk helse sammenliknet med saldert budsjett for 2001. Med dette videreføres realiseringen av opptrappingsplanen som ble startet opp i 1999. I St.prp. nr. 63 (1997-98) ble det lagt opp til en moderat innfasing av opptrappingsplanen i begynnelsen av planperioden bl.a. av hensyn til personelltilgangen. Gjennomsnittlig årlig økning for de gjenstående årene av planperioden (2003-2006) vil være omlag 1 mrd. kroner (2001-kroner).

Fordelingen av beløpet på 520 mill. kroner er vist i tabellen nedenfor.

Styrking av psykisk helsearbeid 2002. Mill. kroner

Kommunale tjenester (øremerket tilskudd) ¹⁾	224
Spesialisthelsetjenesten (øremerket tilskudd) ²⁾	265
Andre statlige tiltak ³⁾	31
Sum opptrappingsplanen for psykisk helse	520

¹⁾ I dette beløpet inngår en styrking av Kommunal- og regionaldepartementets budsjett med 54 mill. kroner til omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser, og en økning på 12 mill. kroner til 20 forsøkskommuner (forsøk med øremerkede midler som rammetilskudd). Det resterende beløpet, 158 mill. kroner, går til styrking av Sosial- og helsedepartementets bevilgning til psykisk helsearbeid i kommunene (kap. 743 post 62).

²⁾ Av dette beløpet er om lag 16 mill. kroner lagt inn på kap. 730, post 61 til økte poliklinikkrefusjoner. Videre er 1 mill. kroner lagt inn på kap. 743.72 tilskudd til Modum Bads Nervesanatorium. 4 mill. kroner er avsatt til styrking av psykososiale tiltak for flyktninger på kap. 743 post 73. 81 mill. kroner er lagt inn på kap. 743 post 76 til investeringsformål i spesialisthelsetjenesten. Resterende 163 mill. kroner er lagt inn på kap. 743 post 75 Tilskudd til styrking av psykisk helsevern.

³⁾ Her inngår en styrking av Arbeids- og administrasjonsdepartementets budsjett med 5 mill. kroner til økt innsats mht spesielle arbeidsmarkedstiltak for mennesker med psykiske lidelser. 4 mill. kroner til forskning over kap. 701 post 50, NFR. Øvrige 22 mill. kroner er lagt inn på kap. 743, post 70 for å styrke utdannings- og rekrutteringstiltak, bruker- og informasjonstiltak.

I tillegg til beløpene i tabellen kommer refusjonsutgifter til privatpraktiserende psykologer og psykiatere. Kommunenes og spesialisthelsetjenestens økte inntekter fra egenbetaling kommer også i tillegg.

Opptrappingsplanens poster er f.o.m. 2002 blitt prisomregnet. Det innebærer at postene

under kap. 743 er prisjustert med til sammen 72,6 mill. kroner.

For å sikre forutsigbarhet for fylkeskommunene og statsforetakene er det f o m 2001 etablert tilsagnstyring på investeringsdelen i opptrappingsplanen. Det vises til omtale under post 76.

*Statlige tiltak for stimulering av område psykisk helse inkl. videreførte bevilgninger
før Opptrappingsplanen (1998 og tidligere). Bevilgninger i 2001 og forslag for 2002*

(i 1 000 kr)

Kap/post	Tiltak	Bevilgning 2001	Forslag 2002	Endring 2001-2002
701.50	Norges Forskningsråd	22 500	27 000	4 500
730.61	Poliklinikkrefusjoner	522 000	555 000	33 000
743	Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse	2 103 600	2 605 100	501 500
1590/1592	Arbeidsmarkedstiltak	39 000	44 000	5 000
571.68	Rammetilskudd kommuner (forsøkskommuner)	51 400	65 300	13 900
732.70 (572)	Til helseforetakene (tidl. til fylkeskommunene.)	132 000	138 600 ¹⁾	6 600
730.63	Kapitalrefusjon fylkeskommunene			-
586.62	Kommunale tjenester voksne	47 000	71 700	24 700
586.63	Amortiseringstilskudd, kommuner	24 000	42 800	18 800
580.70	Bostøtte	17 000	30 500	13 500
		2 958 500	3 580 000	621 500

¹⁾ Beløpet tilsvarer om lag det som er lagt inn i fylkeskommunenes frie inntekter til å delfinansiere investeringer innenfor opptrappingsplanen for psykisk helse. Hvor mye fylkeskommunene faktisk har brukt det enkelte år varierer. Dette vil også være tilfelle for de regionale helseforetakene.

Tallene i tabellen inkluderer beløp til styrking av psykisk helsevern som lå inne før oppstart av Opptrappingsplanen.

Økningen på om lag 621 mill. kroner fordeler seg med 520 mill. kroner til reell opptrapping og 101 mill kroner til prisjustering.

3. Overordnet formål

Kapittelet omfatter statlige stimuleringstiltak til psykisk helsearbeid og enkelte andre statlige tilgrensende områder.

Det overordnede formålet med de øremerkede stimuleringstilskuddene er å legge til rette for at personer med psykiske lidelser skal få en verdig livssituasjon og nødvendig helsehjelp. Tilskuddene skal sette kommunene og spesialisthelsetjenesten i stand til å gjennomføre nødvendig oppbygging og omstrukturering av tjenesten for å realisere sitt ansvar. Gjennom tilrettelegging av brukermedvirkning og informasjonsarbeid skal personer med psykiske lidelser gis større mulighet til innvirkning over egen livssituasjon.

Opptrappingsplanen er basert på følgende overordnede prinsipper:

- forebygging der dette er mulig, og i hvert fall søke å påvirke forløp, alvorlighetsgrad og konsekvenser
- ansvaret for tjenestene skal følge øvrig ansvarsfordeling innen helse- og sosialtjenesten
- pasienten først, – brukernes behov og medvirkning skal avgjøre hvilket tilbud som skal gis ut fra et helhetlig menneskesyn
- mest mulig frivillighet, – behandlingen må gis i mest mulig åpne normaliserte og frivillige former
- mest mulig normalt liv, – velferd, økt livskvalitet og deltakelse i samfunnslivet gjennom uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv

Opptrappingsplanen legger opp til følgende tiltak:

- brukerstyrking og informasjon
- styrke tilbudet i kommunene med vekt på forebygging, tidlig hjelp og rehabilitering

- omstrukturere og bygge ut psykisk helsevern for voksne, – satse på kommunenære tiltak som distriktpspsykiatriske sentre
- bygge ut psykisk helsevern for barn- og ungdom
- stimulere utdanning og forskning
- I den videre satsningen vil det bli lagt økt vekt på et helhetsperspektiv der egenmestring, brukermedvirkning, redusert tvangsbruk og mindre sykeliggjøring er viktige elementer.

4. Resultatrapport

Ved inngangen til 2002 har opptrappingsplanen virket i tre år. Psykisk helsearbeid har i denne perioden kommet stadig tydeligere på kommunenes dagsorden, og spesialisthelsetjenesten er godt i gang med omstrukturering og utbygging av sitt tjenestetilbud. I løpet av 2001 vil alle fylkeskommunene få godkjent sine planer for psykisk helsevern. Disse vil danne en sentral basis for de regionale helseforetakenes videre arbeid. Det er lagt ned en betydelig innsats i planarbeidet på begge nivåer. Det er og vil fortsatt være manglende kapasitet i tjenestene i flere år framover. Det finner sted en ikke ubetydelig opptrapping på begge forvaltningsnivåer. For en mer detaljert presentasjon, vises til omtalen under postene 62, 75 og 76.

Statlige tiltak

Arbeid og sysselsettingstiltak for mennesker med psykiske lidelser er en viktig del av opptrappingsplanen. Ulike tiltak er satt i gang, eller vil bli iverksatt, for å bedre tilbudet samt for å styrke dette samarbeidet. Til styrking av innsatsen på dette området ble det over Arbeids- og administrasjonsdepartementets budsjett i 2000 og 2001 satt av henholdsvis 27 og 39 mill. kroner til dette formålet. Tall fra Aetat Arbeidsdirektoratet viser at antall yrkeshemmede med psykiske lidelser som mottok tiltak fra Aetat i 1999 var 9826 mens tallet for 1998 var 9271. Dette svarer til en økning på 6 pst. Det er satt i gang lokale tverretatlige arbeidsforberedende tiltak med deltakelse fra arbeidsmarkedsetaten og den kommunale helse- og sosialtaten.

Tilgangen på kvalifisert personell er en viktig faktor for gjennomføringen av opptrappingsplanen. Med den betydelig økte utdanningskapasiteten på 90-tallet forutsettes behovet for personell med høgskolebakgrunn å kunne dekkes i løpet av opptrappingsperioden fram til 2006. For leger og psykologer er det forutsatt en gradvis bedret dek-

ning i perioden. Den faktiske personelltilgangen i 1999 og 2000 til psykisk helsearbeid viser en positiv tendens som bekrefter at forutsetningene synes å holde. Spesielt melder kommunene om god personelltilgang. Som tidligere forutsatt er fortsatt tilgangen på spesialister til psykisk helsevern for barn og ungdom den største utfordringen.

Forskningsaktiviteten innen psykisk helse har økt de senere årene, men det er fortsatt stort behov for mer faktisk kunnskap. Dette gjelder både forekomst, årsak til lidelser, virkninger av behandlingen, ressursbruk og organisering. Støtten til Norges forskningsråds programmer for mental helse og for helsetjenester og helseøkonomi, der psykisk helsearbeid er prioritert, videreføres. Det er utarbeidet nye programplaner for programmene for perioden 2001-2005.

Nærmere beskrivelse av tiltak vedr utdanning, rekruttering og forskning er gitt under post 70, og kap. 701 post 50.

Økt brukermedvirkning og informasjons- og holdningstiltak utgjør sentrale elementer i opptrappingsplanen for psykisk helse. Disse områdene er nærmere beskrevet under post 70. Regjeringen ønsker å bedre økonomien til langtidspasienter i institusjon innen psykisk helsevern. De aller fleste av disse er uførepensjonister. Pasienter i fylkeskommunale og statlige institusjoner, får avkortet pensjonen ved langtidsopphold over fem måneder. Dette fører til at en del personer avslutter sykehusopphold før endt behandling, fordi den personlige økonomien blir for dårlig som følge av denne avkortningen. Regjeringen vil derfor foreslå at pasienter som er under aktiv behandling ikke skal få avkorting det første året i institusjonen. Dette vil gi flere større mulighet til å fullføre behandlingen, med tanke på rehabilitering og attføring.

Dagens avkortningsregler fører til at mange, særlig minstepensjonistene, sitter igjen med lav pensjon. For mange vil minstebeløpet være svært lite selv om de har fri kost og losji, og flere må supplere pensjonen med sosialhjelp. Regjeringen vil derfor øke minstebeløpet slik at det svarer til minstebeløpet i kommunale institusjoner.

Ved ikrafttredelse 1. mai 2002 utgjør merutgifter 7,5 mill kroner i 2002. Helårsvirkning vil være 11 mill. kroner.

5. Resultatoppfølging og kontroll

Departementet vil fortløpende følge opp opptrappingsplanen gjennom de mål og resultatkrav som er stilt for tilskuddsordningene, samt overvåke

gjennomføringen av kommunale og fylkesvise planer. Det er etablert et eget evalueringsprogram i samarbeid med Norges Forskningsråd for å følge effektene av opptrappingsplanen etterhvert som

denne gjennomføres, og eventuelt justere bruken av virkemidlene. For øvrig vises til omtalen under de respektive postene.

Opptrappingsplanen for psykisk helse – måloppnåelse etter to år.

Driftsutgifter: (Mill. kroner)

Formål	Samlet økning fra 1998 til 2006 (1998-kroner)	Økning 1998- 2000 (løpende priser) ¹⁾	Andel av total økning (%)
Kommunale tjenester	2100	243	12
Spesialisttjenester	2099	253	12
Statlige tjenester	376	116	31
Sum	4575	612	13

¹⁾ Inntekter fra egenbetaling kommer i tillegg.

Investeringskostnader: (Mill. kroner)

Formål	Totale kostnader 1999-2006	Totale utgifter 1999 og 2000	Andel av totale utgifter (%)
Kommunale tjenester	2516	200	8
Spesialisttjenester	3800	380	10
Sum	6316	580	9

Kapasitet kommunale tjenester

Formål	Økning fra 1998 til 2006	Økning fra 1998 til 2000	Andel av total økning (%)
Omsorgsboliger	3400	270	8
Årsverk	4770	500	11

Kapasitet spesialisttjenester

Formål	Økning fra 1998 til 2006	Økning fra 1998 til 2000	Andel av total økning (%)
Polikliniske konsultasjoner voksne ²⁾	238000	45000	19
Antall behandlede barn og ungdom	30000	6724	22

²⁾ Ved off. poliklinikker. Konsultasjoner hos spesialister med driftsavtale er ikke medregnet.

Kolonnen som beskriver økning 1998-2006 er i 1998 priser, øvrige i løpende priser.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Formål

Formål er å utvikle et tjenestetilbud i tråd med brukernes behov.

Posten finansierer departementets oppfølging av St.meld. nr. 25 (1996-97), St.prp. nr. 63 (1997-98) og lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Sentrale virkemidler er den statlige oppfølgingen og veiledningen overfor kommunesektoren gjennom fylkeslegekontorene (rådgiverne i psykisk helsearbeid rettet inn mot kommunene), det statlige sekretariatet for de spesialiserte tjenestene, og en omfattende utredningsvirksomhet som ledd i oppfølgingen av Stortingsmeldingen.

Resultatrapportering 2000

Landets kommuner har fått omfattende oppfølging og veiledning gjennom opprettelsen av rådgiverstillinger på psykisk helsearbeid. Dette tiltaket vurderes som en forutsetning for å oppnå en hensiktsmessig bruk av øremerkede kommunale midler. Tilsvarende sentralt står det statlige sekretariatet i forhold til gjennomføringen av de fylkeskommunale planene. Alle fylkeskommuner har nå utarbeidet, eller har under endelig utarbeidelse, nye planer for psykisk helsevern. Et treårig prosjekt om seksuelle overgrep mot barn er igangsatt. Det er utarbeidet forskrifter til ny lov, og en informasjonsstrategi er utarbeidet.

Følgende utredninger er ferdigstilt og distribuert i 2000:

Kliniske retningslinjer for utredning og behandling av: Angst, Stemningslidelser, Schizofreni, Alvorlige spiseforstyrrelser, Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser

Utredninger om:

- Ungdomsteam i psykisk helsevern – nåværende funksjon og organisering
- Personer med samtidig alvorlige psykiske lidelser og omfattende rusmisbruk
- Utviklingshemmede med store adferdsavvik og/eller psykiske lidelser
- Poliklinikker innen psykisk helsevern for barn, unge og voksne – evaluering av arbeidsformer og produktivitet

Følgende utredninger er ferdigstilt og distribueres i 2001:

- Håndbok i drift av poliklinikker innen psykisk helsevern
- Veileder om Distriktssentre i psykisk helsevern – organisering og arbeidsområder
- Kompetansebehov i psykisk helsevern
- Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid
- Tjenestetilbudet innen psykisk helsevern til døve.

Satsingsområder for 2002

Den statlige oppfølgingen gjennom rådgivere for kommunenes psykiske helsearbeid og det statlige sekretariatet for spesialisttjenesten videreføres. Utviklingsarbeid og utredninger som særlig skal prioriteres i 2002 er :

- Personell og kompetansetiltak i psykisk helsearbeid
- Forebyggende og psykososialt arbeid rettet mot barn og unge og kompetansetiltak knyttet til dette
- Utarbeide en samlet strategi for satsningen på barn og unges psykiske helse
- Utvikling av organisering og kompetanseoppbygging for behandling av seksuelt misbrukte barn
- Oppfølging og utvikling av tiltak mot spiseforstyrrelser
- Utrede behovet for psykososial beredskap ved ulykker og katastrofer, helsetjenester til FN/NATO-soldater, flyktninger, og voldsofre, samt utarbeide forslag til kompetanseoppbygging og organisering av tjenestetilbudet til grupper med ulike traumer
- Oppfølging av tiltak i spesialisttjenesten til utviklingshemmede med store atferds- og/eller psykiske lidelser
- Informasjonsarbeid
- Utrede hvordan brukerkompetansen kan implementeres i tjenestene og utdanningene
- Justere psykisk helsevernloven
- Utviklingsarbeid på sysselsetting for mennesker med psykiske lidelser

Post 62 Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommunene, kan overføres*Formål og hovedprioriteringer*

Det er et grunnleggende prinsipp at mennesker med psykiske lidelser skal ha tjenester som er organisert og utformet etter det som ellers gjelder for offentlig tjenesteyting. Målet er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Dette forutsetter at rammene rundt den enkeltes tilværelse er slik at de imøtekommer grunnleggende behov. Dette er utdypet nedenfor under satsingsområder og mål for 2002.

Det er i utgangspunktet kommunens ordinære tjenesteapparat som skal møte behovene også hos mennesker med psykiske lidelser. Skal dette oppfylles, må de ulike deltjenestene styrkes både ved en kvalitativ og kompetansemessig tilrettelegging for denne gruppa, og ved en kvantitativ styrking av eksisterende tjenester.

For å sikre et hensiktsmessig tjenestetilbud for den enkelte bruker, må det sikres et godt fungerende samarbeid mellom etatene i den enkelte kommune, mellom kommunen og statlige etater som arbeidskontor og trygdekontor, og mellom kommune og de spesialiserte tjenestene.

Brukerperspektivet forutsettes lagt til grunn ved planlegging, organisering og drift av tjenestene. Ved siden av at innflytelse på egen livssituasjon er et gode i seg selv, vil brukermedvirkning være et bidrag til bedre tjenester. Brukermedvirkning kan styrke den enkeltes muligheter til å mestre eget liv og kan dessuten bidra til økt åpenhet omkring psykiske lidelser.

Resultatrapportering 2000

I 2000 mottok kommunene 651 mill. kroner i øremerkede tilskudd til tiltak for personer med psykiske lidelser og forebyggende tiltak blant barn og unge. Beløpet omfatter 37,9 mill. kroner til de 20 forsøkskommunene som bevilges over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett. I tillegg kommer midlene til kompetanseheving på 42 mill. kroner. I likhet med tidligere år ble kommunene pålagt å rapportere om bruken av midlene.

Rapportene viser at 58 mill. kroner ble overført fra 1999 til 2000. Fra 2000 til 2001 ble det overført om lag 46 mill. kroner, og kommunene har i hovedsak fattet disponeringsvedtak for disse midlene. Overført beløp fra 1998 til 1999 var på 83 mill. kroner, fra 1997 til 1998 på ca. 95 mill. kroner. Overføringen i kronebeløp er dermed fortsatt blitt redusert.

Ved utgangen av 2000 finansierer kommunene totalt vel 1700 årsverk for øremerkede midler (inkl. øremerkede midler fra perioden før Opptrappingsplanen startet opp i 1999. Økningen i planens to første år (1999 og 2000) var på i alt om lag 500 årsverk utover 1998-nivået. Videre får nå om lag 3300 voksne og 740 barn og unge støttekontakt finansiert av øremerkede midler.

Med utgangspunkt i tildelingen av 42 mill. kroner fra denne posten ble følgende tiltak gjennomført i 2001:

- Etterutdanning for personell i kommuner og fylkeskommuner om spiseforstyrrelser, schizofreni og barn og unge med psykisk syke omsorgspersoner
- Tiltak med lønnstilskudd til kommuner for deltakere i tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid

Se nærmere omtale kap 743 post 70.

I tillegg til tilskuddene over Sosial- og helsedepartementets budsjett er bevilgningene over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett til omsorgsboliger økt i tråd med forslagene i opptrappingsplanen. I 1999 ble det gitt tilsagn om oppstartstilskudd til 118 omsorgsboliger i tilknytning til opptrappingsplanen for psykisk helse (måltall 270 omsorgsboliger). I 2000 ble gitt tilsagn til 151 boliger (måltall 470 boliger). Måltallene for 1999 og 2000 ble dermed ikke oppnådd. Aktiviteten har imidlertid tatt seg betydelig opp i 2001 og måltallene ser ut til å bli oppfylt for dette året.

Enkelte av måltallene i opptrappingsplanen har vist seg vanskelig å belyse i praksis. Dette gjelder eksempelvis antall deltakere i dagaktiviteter og i kultur- og fritidsaktiviteter siden kommunene ikke systematisk registrerer deltakerantall. Departementet vil derfor vurdere alternative måter for å belyse utviklingen på disse områdene. Så vel materialet hittil som informasjon fra kontakt med fylkesleger og enkeltkommuner viser at veksten i kommunenes aktivitet på dette området er stadig økende.

Satsingsområder og mål for 2002

Målene for kommunenes innsats i gjennomføringen av opptrappingsplanen er for denne budsjett-posten også omtalt i avsnitt 1 «Formål og hovedprioriteringer» ovenfor. Disse målene forutsettes opprettholdt også for kommende år.

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 et veiledende normtall for kommunene ved fordeling av tilskuddene. Denne sterkere fokuseringen på barn og unge ser ut til å bli fulgt opp i mange kommuner, men det er fortsatt behov for å vektlegge dette arbeidet. Målsettingen med det psykososiale arbeidet for barn og unge må være både å forebygge psykososiale problemer, og å bygge opp et tjenestetilbud til utsatte og de som har utviklet slike problemer. Det er satt av midler til praktiske forsøk med familiesentre i enkelte kommuner med sikte på å utvikle et helhetlig tilbud til barn og unge med hovedvekt på å møte psykososiale problemer. Etter avsluttet forsøk forutsettes midlene fordelt etter gjeldende fordelingsnøkkel.

Det viktigste satsningsområdene for barn og unge ellers bør være:

- utbygging av psykososiale tjenester og støttekontakter og andre kultur- og fritidstiltak for barn og unge
- styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten

De sentrale grunnelementene i kommunenes tilbud til voksne med psykiske lidelser bør være:

- tilfredsstillende bolig med tilstrekkelig bistand
- mulighet til å delta i meningsfylte aktiviteter, om mulig sysselsetting
- mulighet til å delta i et sosialt fellesskap og unngå sosial isolasjon
- nødvendige og tilpassede helse- og sosialtjenester

En vil her peke på at den eneste kontakten mange mennesker med psykiske lidelser har med tjenesteapparatet, er gjennom sosialtjenesten herunder sosialkontoret. Det er derfor viktig at det i slike tilfelle er nødvendig kompetanse til å gi et tilfredsstillende tilbud.

Det er en forutsetning for å realisere målet om økt brukermedvirkning at vi har godt fungerende brukerorganisasjoner. For å oppnå dette er det viktig at kommunene vurderer prioritering av bl.a. økt økonomisk støtte til disse organisasjonene.

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 distriktssentrene i psykisk helsevern 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. Departementet ser positivt på dette. Det samme gjelder utvikling av ulike former for interkommunalt samarbeid. Bestemmelsene om individuelle planer som trådte i kraft 1.7.2001 er også viktige her.

De viktigste satsningsområdene i 2002 for tilbudet til voksne med psykiske lidelser i kommunene bør ellers være:

- styrking av brukerrettede tiltak herunder styrking av brukerorganisasjonene og informasjon i samarbeid med organisasjonene for brukere og pårørende
- nye botilbud
- styrking av hjemmebaserte tjenester
- dagsentre og andre aktivitetstilbud til flere
- flere støttekontakter og andre kultur- og fritidstiltak herunder samarbeid med frivillige organisasjoner
- styrking av tilrettelagte tjenester i kommunen

Andre viktige satsningsområder vil være:

- etterutdanningstiltak i bl.a. spiseforstyrrelser, schizofreni og barn og unge med psykisk syke omsorgspersoner
- videreutdanning i psykisk helsearbeid for høgskoleutdannet personell i kommunene
- informasjons- og oppfølgingsvirksomhet overfor kommunene.

De kommunale planene må også omfatte tiltak for å sikre tilstrekkelig personell med riktig kompetanse. Tilskuddsmidlene kan nyttes til kompetansehevingstiltak. Regjeringen vil følge opp styrkingen av kompetansen og utviklingen av tjenestetilbudene i kommunene og foreslår at den øremerkede bevilgningen til slike tiltak videreføres med 45 mill. kroner i 2001. Regjeringen foreslår at det i 2002 kan gis tilsagn til 440 omsorgsboliger i opptrappingsplanen. Byggeprosjekter som har fått oppstartingsstilskudd får automatisk kompensasjonstilskudd til renter og avdrag. Tilskuddet er et årlig tilskudd som skal dekke utgifter til renter og avdrag på lån til omsorgsboliger. Sosial- og helsedepartementet vil i samarbeid med Kommunal- og regionaldepartementet vurdere eventuelle andre boligtiltak som kan være aktuelle for å møte behovet for boliger til mennesker med psykiske lidelser. Det er gitt mulighet for å fravike kravene til omsorgsboligstandard ved kjøp og rehabilitering av brukte boliger. Regelverket for nye boliger er nå til vurdering.

Fra og med 2000 er det satt i gang et forsøk med å tildele øremerkede tilskudd som rammetilskudd i 20 kommuner. Tilskuddet til psykisk helsearbeid i kommunene omfattes av forsøksordningen. Midlene som følger av opptrappingen i 2002 som skal overføres til kap. 571, post 68 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett er på 13,9 mill. kroner. Totalt overføres 65,3 mill kroner til forsøkskommunene over denne posten. Se for øvrig omtale under kap. 571, post 68. Det er en forutsetning at en også for disse kommunene følger utviklingen i det psykiske helsearbeidet.

Kommunene pålegges å rapportere tilbake til departementet om bruken av tilskuddene jf tidligere år. Departementet vil prioritere videre oppfølging på dette området i samarbeid med fylkeslegene (rådgiverne i psykisk helsearbeid i kommunene) som vil bistå departementet i denne rapporteringen og oppfølgingen, jf avsnittet om resultatrapportering 2000. Disse inngår sammen med representanter for departementet og Statens helsetilsyn i et samarbeidsforum for å sikre et best mulig samarbeid mellom ulike statlige helsemyndigheter.

Vilkår for å få utbetalt tilskudd i 2002 vil blant annet være at kommunen har levert tilfredsstillende rapport om bruken av 2001-tilskuddet, og at aktivitetene i den enkelte kommune økes minst tilsvarende økningen i det øremerkede tilskuddet.

Kommunene har i hovedsak oppdatert planene sine for psykisk helsearbeid. Departementet vil vurdere praktiske opplegg for videreføring av dette planarbeidet i nær sammenheng med kommunenes ordinære planarbeid for den resterende delen av opptrappingsperioden. Også på dette området vil departementet i samarbeid med fylkeslegene prioritere en nærmere oppfølging av kommunene.

Post 70 Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, kan overføres

Formål og hovedprioriteringer

Formålet med bevilgningen over denne posten er å utvikle bedre tjenester for barn, ungdom og voksne. Virkemidlene er;

1. Personell og kompetansetiltak
2. Brukerstyrking
3. Informasjon
4. Arbeid og sysselsetting
5. Utviklingsarbeid, særskilte satsningsområder og oppfølgingstiltak

1. Personell og kompetanse tiltak

For å bedre tilbudet til personer med psykiske lidelser er det behov for økt rekruttering og kompetanseheving. Det er videre et mål å bidra til en bedre geografisk fordeling av spesialistkompetansen. For å nå disse målene er det iverksatt en rekke tiltak for etter-, videre – og spesialistutdanning samt rekruttering. Det er behov for tiltak rettet mot bedre ledelse og arbeidsmiljø. Forskning er nødvendig for å sikre mer kunnskap om tjenestebehov og behandlingsformer samt for å utvikle bedre tjenester. Utvikling av bedre statistikk er et viktig virkemiddel for å evaluere resultat av tiltakene.

Psykologer

Det er i Opptrappingsplanen vist til en mangel på psykologer. Psykologer har en sentral rolle i utbygging av tjenestetilbudet. Det er behov for ytterligere tiltak for å legge til rette for økt utdanning og rekruttering, spesielt økt rekruttering av psykologer til kommunene.

Rapportering for 2000: Opptaket til psykologistudiet økte fra 208 i 1995 til 216 i 2000. I år 2001 er det lagt til rette for 16 nye studieplasser, som vil medføre 80 nye plasser ved videreføring på hele profesjonsstudiet. Det er gitt støtte til regionsentre, profesjonsforeninger og institutter til spesialisert etter- og videreutdanning til blant annet psykologer.

Mål 2002: Departementet skal samarbeide med Kirke, undervisnings- og forskningsdepartementet om å bedre tilgangen på psykologer. Nybygg ved Universitetet i Oslo skal legge til rette for økt opptak. Se omtale under kap. 260 post 50. For å opprettholde og øke utdanningskapasiteten er det behov for flere psykologer med dobbeltkompetanse, både forsknings- og spesialistkompetanse innen anvendte deler av psykologien. Et utvalg vurderer alternative modeller for å utdanne tilstrekkelig personell med slik kompetanse. Departementene vil vurdere utvalgets innstilling og følge opp saken. Jf. omtale under programkategori 07.60, delmål 3. En utredning om tiltak for økt rekruttering og bedre tjenester i kommunene skal gjennomføres og oppfølgingstiltak vurderes. Utredningen skal særskilt se på barns behov for tjenester. Støtte til spesialisert etter- og videreutdanning videreføres.

Psykiatere

I likhet med situasjonen for psykologer er det i Opptrappingsplanen vist til en mangel på psykiatere. Av alle legespesialister er det fortsatt flest ubesatte stillinger innen disse spesialitetene.

Rapportering for 2000: Det var i år 2000 færre ubesatte stillinger som psykiater og barne- og ungdomspsykiater, med en nedgang på ca 27 årsverk. 28 nye stillingshjemler ble tildelt disse spesialitetene i år 2000. Prosjektene med tilrettelagt utdanning av psykiatere og barne- og ungdomspsykiatere i områder med svak dekning ble videreført. Prosjektene i Nordland, Troms, Finnmark og i Sogn og Fjordane hadde til sammen 33 kandidater i år 2000. 7 kandidater mottok støtte fra ordningen med dekning av lønn for obligatorisk tjeneste i pediatri til spesialiteten i barne- og ungdomspsykiatri. Det gis støtte til regionsentre, profesjonsforeninger og institutter for spesialisert etter- og videreutdanning til bl.a. leger. En utredning om turnustjenesten for leger har vurdert bl.a. obligatorisk tjeneste i psykiatri. Utredningen er omtalt under kap.705 post 61.

Mål 2002: Ordningen med tilrettelagt utdanning av psykiatere og barne- og ungdomspsykiatere i områder med svak dekning vil bli videreført. Departementet vil vurdere ordningen i forhold til omleggingen av sykehusbaserte spesialistutdanninger for leger og spesialistutdanning av kliniske psykologer. Ordningen med dekning av lønn for obligatorisk tjeneste i pediatri til spesialiteten i barne- og ungdomspsykiatri vil bli videreført og vurdert. Støtte til spesialisert etter- og videreutdanning vil bli videreført.

Videreutdanning for høyskoleutdannet personell

Høyskoleutdannet personell med tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid har en kompetanse som er viktig for oppbyggingen av tjenestene. Over Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementets budsjett er det bevilget 30 mill. kroner fra satsningen på psykisk helse til oppretting av studieplasser i videreutdanningen. Det vektlegges å opprette fordypninger også for andre grupper enn de som tidligere har hatt tilgang til videreutdanning, og at det gis tilbud om deltids og desentraliserte studieplasser.

Et sentralt tiltak for kompetanseheving i kommunene er ordning med 50% statlig lønnsdekning for kommuner hvor ansatte tar tverrfaglig videreutdanning i psykisk helse. Kommunene forutsettes å dekke 25% av lønnen. Statlige midler bevilges over post 62.

Rapportering for 2000: Det var 809 studenter ved utdanningen i 2000. Rapport viser at interessen for denne videreutdanning har økt i kommunene og at ergoterapeuter, fysioterapeuter, vernepleiere, sosionomer og barnevernspedagoger har mottatt støtte i tillegg til sykepleiere. I perioden 1998 til 2000 har det vært 1000 deltakere i videreutdanningen finansiert gjennom ordningen med statlig dekning av lønnsmidler. Det gis støtte til regionsentre, foreninger og institutter for etter- og videreutdanning for bl.a. høyskoleutdannet personell

Mål 2002: Den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid skal styrkes og utdanningen skal evalueres. Ordningen med statlig dekning av lønnsmidler til kommuner hvor ansatte tar tverrfaglig videreutdanning videreføres og økes. Det er et mål å rekruttere flere deltakere fra kommuner som ikke har personell med denne videreutdanningen. Støtte til etter- og videreutdanning vil bli videreført.

Videreutdanning for personell med utdanning fra videregående skole m.m

Rapportering for 2000: Det er i 9 fylker gjennomført utprøving av læreplaner for videreutdanning i psykisk helse for personell med utdanning fra videregående skole. Om lag 200 elever har deltatt i videreutdanningen. Utprøving av læreplanene er under evaluering. Midlene bevilges over kap.705, post 61. Det gis støtte til regionsentre og organisasjoner for etter- og videreutdanning for personell med grunnutdanning fra videregående skoles nivå. Det gis særskilte midler til kvalifiseringstiltak for personell som ikke har formalisert helse- og sosialfaglig utdanning.

Mål 2002: Når evalueringen av utdanningene er gjennomført vil departementet vurdere å øke kapasiteten. Videre arbeid med læreplanene må sees i sammenheng med utarbeidelse av ny fagskolelov, jfr. Stortingets behandling av St.meld. nr 20 (2000-2001) Om kortere yrkesrettede utdanninger etter videregående opplæring. Støtte til etter- og videreutdanning vil bli videreført. Tilskudd til kvalifiseringstiltak for personell i kommunene, som ikke har formalisert helse- og sosialfaglig utdanning, blir videreført i 2002. Bevilgningen blir slått sammen med andre tildelinger fra departementet til samme målgruppe.

Etter- og videreutdanning innen spesielle temaer

I St. meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet er det vist til behov for spesielle utdanningstiltak for

temaer som ikke er godt nok dekket i de ordinære spesialist- og videreutdanninger.

Rapportering for 2000: Det er gitt tilskudd til etterutdanning for personell i kommuner og spesialisttjenesten om bl.a. barn og unge som har psykisk syke omsorgspersoner, spiseforstyrrelser og schizofreni. Det bevilges midler til dette også over post 62. Etterutdanningstilbudene økte i 2000. Interessen for utdanningene er stor, bl. a. hadde organisasjonen Voksne for barn 700 deltakere i sitt utdanningsprogram.

Mål 2002: Ordningen med tilskudd til etter- og videreutdanningstiltak videreføres, og det legges til rette for utvikling av nye tilbud. Det er behov for en gjennomgang av hvordan brukerperspektivet blir presentert i utdanningene. Videre er det behov for utdanningstiltak for å oppnå at brukerperspektivet legges til grunn for det daglige arbeidet i de kommunale og spesialiserte tjenestene.

Regionsentre for barn og unge innen psykisk helse (R-BUP)

I perioden 1991 – 1999 er det etablert sentre i alle helseregioner for å øke kompetansen om barn og unges psykiske helse og psykiske lidelser og øke tilgangen på kvalifisert personell slik at det bedrer den geografisk fordeling av tilbudet til barn og unge. Regionsentrenes oppgaver er forskning, utviklingsarbeid, veiledning og undervisning i samarbeid med de kliniske miljøene. I St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet vektlegges samarbeid mellom disse sentrene og barnevernets utviklingssentre, samt andre kompetansemiljøer som arbeider med barn.

Rapport for år 2000: R-BUP er tildelt særskilte midler til videre- og etterutdanningstiltak ved sentrene og i spesialisttjenesten. Antall utdannede kandidater har økt betydelig innenfor de ulike gruppene fagpersonell. I 2000 var det 66 deltakere ved spesialistutdanning i barne- og ungdomspsykiatri og 84 deltakere ved spesialistutdanning i klinisk psykologi. Det var en stor økning i antall deltakere i etter- og videreutdanning i 2000. Etableringen av regionsentrene har bidratt til økt forskningsaktivitet. Forskningsprosjektet «Små barn- store atferdsvansker» gjennomføres i samarbeid mellom R-BUP og Barnevernets utviklingssentre i Midt- og Nord-Norge. Regionsenteret for helseregion nord har særskilt igangsatt forskningsprosjekter i forhold til samiske miljøer.

Mål for 2002: R-BUP skal styrkes og videreutvikles for å bidra til å nå målene i Opptappingsplanen om personell og kompetanse i spesialisttjenesten og kommunene. Utdanningstilbudene til

ansatte i psykisk helsevern for barn og unge og samarbeidende etater som barnevern, samt kommunene videreføres. Samarbeidet mellom R-BUP og kompetansemiljøer innen forebygging, barnevern og rus skal styrkes. Regionsentrene skal bidra til implementering av PMT, samt samarbeid om metodeutvikling for barn med atferdsproblemer. Videre er det et mål å øke fokus på kompetanseheving blant ansatte i kommunen og samarbeid mellom 1. og 2. linje tjenestene. R-BUP Nord skal gjennomføre forsøk med Familiesentre i kommuner, jf. post 62.

Forskning og statistikkutvikling

Forskning skal danne grunnlaget for bedre tilbud i kommunene og spesialisthelsetjenesten, samt heve den vitenskapelige statusen og øke rekrutteringen til fagfeltet. Regionsentrene for barn og unge innen psykisk helse har forsknings- og utviklingsarbeid som en av sine hovedoppgaver, jf. omtale ovenfor. Senter for atferdsproblemer etableres for å gjennomføre forskningsarbeid jf. omtale nedenfor.

Rapportering for 2000: Forskningsmidlene ble i hovedsak bevilget til Norges Forskningsråd (NFR), programmene for Mental helse og Helse-tjenester og helseøkonomi. Det ble i 2001 utarbeidet nye programplaner for perioden 2001–2005. Se kap.701 post 50

Forskningsprosjektet Tidlig Intervensjon ved Psykose (TIPS) i Rogaland ble videreført i 2000 og avsluttes i 2001. Ca 300 pasienter er med i prosjektet. Foreløpige resultater fra prosjektet er svært positive og viser at gjennomsnittlig varighet av ubehandlet psykose er redusert fra 1-2 år til ca ½ år.

SINTEF Unimed har i samarbeid med brukerorganisasjoner og kommuner, arbeidet med et planverktøy for psykisk helsearbeid i kommunene. Dette er rettet inn mot brukere med langvarige og sammensatte behov for tjenester og tar sikte på å styrke samarbeidet mellom etater og forvaltningsnivåer. Kommunen kan gjennom dette få et grunnlag for en samlet plan for psykisk helsearbeid. Planen er utformet slik at det også tilfredsstiller kravene om individuelle planer.

SAMDATA presenterer bearbejdede og sammenliknbare styringsindikatorer for spesialisthelsetjenesten og analyserer aktuelle temaer og utviklingstrekk i sektoren. Departementet benytter SAMDATA-konseptet for å ivareta dokumentasjons- og rapporteringsfunksjoner ved gjennomføring av Opptappingsplanen og bruk av tilskudd. Norsk pasientregister samler inn pasientdata for

psykisk helsevern. Implementering av et Minste basis datasett for psykisk helsevern for voksne, som ble gjort obligatorisk fra 2000, og pasientdata om barn og unge fra BUP-data gir økt mulighet til å analysere ressursutnyttelse, behandlingsresultat og kvalitet av tjenestene. Den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten stiller nye krav til både innhold og organisering av systemene for innhenting og publisering av kvalitets- og styringsinformasjon. Se omtale under kap.739 post 21. For å følge effektene av Opptrappingsplanen og eventuelt justere bruken av virkemidlene, er det i NFR etablert et eget evalueringsprogram.

Mål 2002: Styrkingen av bl.a. forskning i NFR, utvikling av planverktøy, samt statistikk- utvikling for å kvalitetssikre innsatsen videreføres. Departementet legger vekt på at forskningen i tillegg til å fokusere på behandlingstilbud, også må ha fokus på forebygging og oppfølgingstiltak. Det er behov for mer kunnskap om hvordan kommunene bedre kan ivareta innbyggere med psykiske lidelser. Forskning om barn og unge er et prioritert område og brukerperspektivet må legges til grunn for arbeidet. Resultatene og kunnskap fra TIPS- prosjektet skal videreformidles og implementeres i det ordinære tjenesteapparatet.

Utdanning og forskning om atferdsproblemer

I oppfølgingen av Norges forskningsråds ekspertkonferanse om atferdsproblemer i 1997 har Barne- og familiedepartementet og Sosial- og helsedepartementet samarbeidet om tiltak for å bedre tilbudet til barn og unge med atferdsproblemer. Departementene har bidratt til å bygge opp kompetansen i forbindelse med innføring av nye metoder (MST – Multisystemisk behandling og PMT – Parent Management Training.) Det tas nå sikte på regional opplæring og implementering av metodene.

Det er etablert et nasjonalt senter ved Universitetet i Oslo for studier av problematferd og innovativ praksis. Senterets hovedoppgave vil være studier av hvordan problematferd oppstår, omfang, utvikling av metoder for behandling og forebygging samt vitenskapelig evaluering av metodene. Senteret skal ha kontakt med regionale kompetansemiljøer og andre forskningsinstanser for å stimulere til fagutvikling og dokumentert effektive metoder på området. De ulike regionale kompetanseinstitusjoner for barn og unge representerer fagmiljøer med tverrfaglig kompetanse. Departementene tar sikte på å forankre kompetansen også ved de regionale kompetansemiljøene.

Mål for 2002: Det nasjonale senteret skal være i full drift og behandlingsmetodene skal implementeres i samtlige helseregioner.

Senter for barne- og ungdomspsykiatri

Senteret ble overført til Oslo kommune fra 01.01.99. I tråd med avtalen om overføring skal staten dekke de merkostnader som påføres ved undervisning av medisinerstudenter. Tilskuddet på 3 mill. kroner er overført fra kap.743 til kap.730,62 (tilskudd til regionsykehus). Midlene vil i 2002 tildeles regionalt helseforetak for helse-region øst.

2. Brukerstyrking

Økt brukermedvirkning og styrking av brukernes egne ressurser er et overordnet mål. Sterke brukerorganisasjoner og brukerdeltagelse er en forutsetning for å oppfylle intensjonene i Opptrappingsplanen. Tiltak som iverksettes for å oppnå dette prioriteres under denne posten. Styrking og spredning av brukermedvirkning og brukerkompetanse, styrking av selvhjelpsfeltet og brukertiltak vil også prioriteres.

- De nye helselovene som trådte i kraft 01.01.01 vektlegger økt brukermedvirkning. Forskrifter om individuelle planer som trådte i kraft 01.07.01 pålegger bruker- og pårørendedeltagelse i utarbeidelsen av individuelle planer.
- Alle kontrollkommisjonene innen psykisk helsevern skal oppnevne minimum et medlem som representerer brukernes interesser.
- Det skal være brukerrepresentasjon i kvalitetsutvalg ved institusjoner.
- Ordningen med pasientombud skal også gjelde for pasienter innen psykisk helsevern.
- Departementet har siden 1999 gitt midler til bruker- og pårørende organisasjoner innen psykisk helse.
- Styrking av selvhjelpsfeltet innen psykisk helse.
- Brukerkompetansen må utnyttes aktivt i hjelpeapparatet. Et brukerstyrt nettverk for å styrke brukerkunnskap og kompetanse samt aktiv spredning av denne, etableres som et 3 årig prosjekt.
- Kontinuerlig samarbeid med departementets referansegruppe for brukerorganisasjoner innen psykisk helse, bestående av Mental Helse Norge, Voksne for Barn, Landsforeningen for pårørende, Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser og Angstringen.

Mental Helses Hjelpetelefon er til hjelp for mennesker med psykiske lidelser i akutte kriser, og en hjelp til å finne frem i hjelpeapparatet. Sosial- og helsedepartementet og Mental Helse Norge inngikk i 1997 en avtale om drift av telefonen.

Rapportering for 2000: Tilskudd til bruker- og pårørendeorganisasjoner ble fordelt av Etat for rådsekretariatet. Brukerorganisasjoner innen psykisk helse ble i 2000 tildelt 7 mill. kroner til drift, en økning på 2 mill. kroner. Organisasjonene har økt sin virksomhet, utvidet med lokallag, igangsatt informasjonstiltak etc. Det er fremdeles mangel på sterke brukermiljøer mange steder, til hinder for aktiv brukermedvirkning.

Nettverk for brukerkompetanse; I 2000 gjennomførte brukerorganisasjonene innen psykisk helse et forprosjekt for etablering av et nettverk for innsamling og spredning av kunnskap og kompetanse knyttet til brukererfart kunnskap, brukertilpassede tjenester og selvhjelp.

Mental Helses Hjelpetelefon; Bevilgningene for 2000 la opp til samme aktivitetsnivå som i 1998 og 1999. Antallet henvendelser økte i 2000, men antallet reelle samtaler var relativt likt i 2000 som i 1999. Bevilgningene for 2001 ble økt til 5,7 mill. kroner for å øke fra 2 til 3 døgnåpne linjer hele året.

Mål 2002: Det er fremdeles behov for å styrke bruker- og pårørendeorganisasjoner økonomisk. Formålet er å bidra til aktiv brukermedvirkning innen psykisk helsearbeid og tjenestetilbud samt tilrettelegging av selvhjelpsarbeid. Utforming av tiltaket vurderes for å sikre målsettingene for brukermedvirkning i Opptrappingsplan for psykisk helse.

Etableringen av et nasjonalt nettverk for kunnskap og kompetanse om brukerbaserte erfaringer, brukerdeltagelse, selvhjelp etc. prioriteres. Nettverket skal bidra til at kunnskap og kompetanse på dette feltet blir tilgjengelig og spres til både brukere, pårørende, fagfolk, ulike tjenesteytere innen psykisk helse, kommuner og spesialist-tjenesten m.fl.

Selvhjelpsfeltet innen psykisk helse er viktig som alternativ til og supplement til behandling for mange mennesker. Departementet vil igangsette en systematisk satsing på dette feltet.

Departementet foreslår å øke bevilgningen til bruker- og selvhjelpstiltak med 6 mill. kroner i 2002 – totalt 19 mill. kroner. Bevilgningen til Mental Helse økes med 6 mill. kroner i 2002 – totalt 11,7 mill. kroner.

3. Informasjon

Formålet er å øke befolkningens forståelse av egen psykiske helse, gi bedre kunnskap om psykiske lidelser og med det skape større åpenhet om psykisk helse. Departementet har utarbeidet en overordnet informasjonsstrategi om psykisk helse i samarbeid med bruker- og andre organisasjoner på feltet. Hvert år fram til 2006 skal det gjennomføres omfattende informasjonstiltak rettet mot befolkningen og tre prioriterte målgrupper; barn og unge, arbeidsliv samt brukere, pårørende og tjenesteapparatet.

Rapportering for 2000: Det ble i 2000 satset mest på informasjonstiltak rettet mot befolkningen i løpet av Verdensdagene for psykisk helse. Rådet for psykisk helse hadde koordineringsansvaret. Det ble også bevilget midler til informasjonstiltak rettet mot barn og unge spesielt, samt grupper med spesielle informasjonsbehov om psykisk helse og sykdom.

I 2001 har Mental Helse Norge og Rådet for psykisk helse i samarbeid hatt koordineringsansvaret for Verdensdagene.

Mål for 2002: Målrettede informasjonstiltak mot de tre hovedmålgruppene skal gjennomføres som ledd i oppfølgingen av den overordnede informasjonsstrategien. Bruker-, pårørende- og informasjonsorganisasjoner på feltet og andre departementer er viktige samarbeidspartnere. Det foreslås å bevilge 3 mill. kroner til Rådet for psykisk helse for gjennomføring av oppgaver som inngår i informasjonsstrategien. Informasjonssatsingen skal evalueres for å kunne justeres og sikre best mulig resultater.

4. Arbeid og sysselsetting

Arbeid, arbeidsmarkedstiltak eller andre sysselsettingstiltak er sentrale for mennesker med psykiske lidelser. Dette er også understreket fra Stortingets side ved flere anledninger.

Rapportering 2000: I alt 27 mill. kroner ble overført til a-etat over Arbeids- og administrasjonsdepartementets budsjett. Det er en økning i antall personer med psykiske lidelser som har mottatt tilbud fra a-etat.

Mål 2002: Arbeid er fortsatt et høyt prioritert område ved gjennomføringen av Opptrappingsplanen. Veksten i utgiftene til uføretrygd og sykepenger som følge av psykisk lidelser tilsier en intensiv innsats overfor denne gruppa. Tilbudene fra det offentlige på dette feltet har imidlertid ikke alltid vært tilstrekkelig tilpasset de spesielle behovene mange i denne gruppa har mht sysselsetting.

Ved siden av midler til a-etat, er det derfor ønskelig å sette av midler fra Opptappingsplanen til et praktisk rettet utviklingsarbeid basert på forsøk, erfaringsinnhenting og –spredning med sikte på å utvikle mest mulig relevante tilbud slik at flest mulig skal kunne nyttiggjøre seg sine muligheter til sysselsetting. Informasjonsstrategien har arbeidsliv og psykisk helse som ett av tre satsningsområder og en delstrategi skal utarbeides i samarbeid med bl.a. LO, NHO og KS.

5. Utviklingsarbeid, særskilte satsningsområder og oppfølgingstiltak

Barn og unges psykiske helse

Opptappingsplanen for psykisk helse innebærer en kraftig satsning på utbygging av tiltak for å hjelpe barn og unge med psykiske problemer. Det er imidlertid behov for ytterligere tiltak for å bedre barn og unges situasjon.

Sosial og helsedepartementet samarbeider med Barne- og familiedepartementet og Kirke-, undervisnings- og forskningsdepartementet om forsøk med Familiesentre (jf. post 62). Departementene gir nå ut et felles rundskriv om psykososialt arbeid i kommunene. Det er igangsatt et arbeid for å bedre den psykososiale kompetansen i kommunenes ulike tjenester for barn og unge. En arbeidsgruppe fra departementene gjennomgår og vurderer de utdanningstilbud som finnes og skal fremme forslag til nye utdanningstiltak innen psykososialt arbeid.

Det ligger en sentral utfordring i å sikre barn og ungdom gode oppvekstbetingelser. Påkjenninger for barn og familier i dagens samfunn bidrar til at mange barn og unge utvikler så alvorlige psykiske problemer og avvikende atferd, at det nødvendiggjør bistand fra det psykiske helsevernet. Spesialisthelsetjenesten må bidra til å sette fokus på barns oppvekstbetingelser og samfunnsforhold som innvirker på disse. Psykisk helsevern for barn og unge skal styrkes med utbygging av ressurser og tiltak og med kunnskap- og kompetanseutvikling. Det psykiske helsevernet har tradisjonelt vært rettet mot å yte diagnostisk og behandlingsmessig hjelp til den enkelte som henvises. Departementet ser det som nødvendig at fagfeltet vektlegger videre utvikling av kompetanseoverføring og samarbeid med de arenaer der barn og unge naturlig befinner seg. På denne måten kan det psykiske helsevern bidra til å øke mestring og hindre isolering og eksklusjon av den som strever, slik at flere blir hjulpet tidlig i en problemutvikling.

Det er behov for vedvarende oppfølging av de tiltak som er planlagt og igangsatt og vurdere ytterligere tiltak for å bedre samhandlingen mellom tjenestenivåene og innholdet i tjenestene. I samarbeid med organisasjonen Voksne for barn og andre sentrale aktører skal departementene i 2002 utarbeide en særskilt strategi for satsning på barn og unges psykiske helse.

Spiseforstyrrelser

En samlet strategiplan mot spiseforstyrrelser med tiltak under Barne- og familiedepartementets, Kirke, utdannings- og forskningsdepartementets, Kulturdepartementets og Sosial- og helsedepartementets områder er utarbeidet. Mht. behandling forutsetter strategiplanen at kompetanse og behandlingstilbud bygges opp rundt eksisterende kliniske avdelinger i spesialisttjenesten.

Rapportering for 2000: Sosial- og helsedepartementet har fulgt opp tjenestetilbud til mennesker med spiseforstyrrelser i forbindelse med godkjenning av planer for psykisk helsevern. Departementet har bevilget 3 mill. kroner til etablering av et høyspesialisert tilbud på Haukland i Bergen med oppstart høsten 2001. I de fleste fylkeskommuner arbeides det med planer for tiltak mot spiseforstyrrelser. Statens helsetilsyn har fulgt opp planen gjennom rådgivning til helsetjenesten, oppfølging av modellforsøk, kompetanseprosjektet «Kropp og selvfølelse». Prosjektet legger vekt på å bygge opp lokalt fagmiljø. Det er utarbeidet retningslinjer for behandling og regionale planer for implementering av disse, som gjennomføres i 2001. Målsettingen er kompetanseheving innen utredning og behandling av alvorlige spiseforstyrrelser, samt styrking av kompetansenettverk. Mennesker med alvorlige spiseforstyrrelser prioriteres i prosjektet «Kjøp av helsetjenester i utlandet»

Mål 2002: Oppfølging av Strategiplanen mot spiseforstyrrelser i kommune- og spesialisttjenesten samt tiltak på helseregionalt nivå. Da det har vist seg utilstrekkelig å følge opp tilbud for spiseforstyrrelser kun gjennom de fylkeskommunale planene for psykisk helse, vil departementet utarbeide og gjennomføre en egen plan for å implementere strategiplanen. Det foreslås satt av midler for 2002 til nasjonal konferanse om forebygging av spiseforstyrrelser. Videre satsing på kompetansehevende tiltak, herunder tiltak for utprøving av alternative behandlingsmetoder samt styrking av spesialisert kompetanse.

Tiltak mot vold, seksualisert vold og hjelp til voldsoffere

Det er behov for å styrke behandlingstiltak til seksualovergrepere og personer som begår voldsovergrep. Styrking av kompetanse og kompetansespredning på områdene vold, aggresjon og seksuelle overgrep skal skje gjennom de regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Sentrene finansieres over post 75.

Departementet finansierer et behandlingstilbud til dømte seksuelle overgrepere ved Institutt for sexologi og terapi. Departementet vil i 2002 avtale med regionalt helseforetak Øst om å knytte behandlingstilbudet til det ordinære tjenesteapparat.

I St. meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet omtales forsøk med frivillig hormonbehandling for personer som er dømt for grovere seksuallovbrudd. I 2000 ble forsøket forberedt ved utarbeidelse av forskingsprotokoll på bakgrunn av den innsamlede kunnskapen. I 2002 skal det rekrutteres deltakere og forsøk med frivillig hormonbehandling skal starte.

Behandlingsprogrammer gjennomføres også i Bergen kretsfengsel overfor personer som utøver vold.

Kompetansesenter for voldsofferarbeid finansieres av Barne- og familiedepartementet, Justisdepartementet og Sosial- og helsedepartementet. Hovedmålsettingen er å styrke voldsorfrenes stilling ved å forbedre tilbudet om behandling av volds ofre. Senteret skal frembringe kunnskap om volden som fenomen og de psykologiske følger av voldsutøvelse. Fokus har i prosjektperioden særlig vært rettet mot eldre og barn som utsettes for vold og overgrep. Bevilgningen over kap. 743, post 70, 1 mill. kroner foreslås videreført i 2002.

Handlingsplanen mot vold mot kvinner gjennomføres i perioden 2000-2003. Justisdepartementet koordinerer handlingsplanen som gjennomføres i samarbeid med Barne- og familiedepartementet og Sosial- og helsedepartementet. Planen finansieres av de tre departementene.

Prosjekt «Støtte til seksuelt misbrukte barn»

I samarbeid med Barne- og familiedepartementet gjennomføres prosjektet i perioden 2000 – 2002. Målet er å forbedre tilbudet om utredning, diagnostisering, behandling og støtte til seksuelt misbrukte barn og deres pårørende. Dette skal skje gjennom kompetanseoppbygging i tiltaksapparatet innen samtlige helseregioner.

Rapportering for 2000: Det er i 2000 etablert avtale regionalt om etablering av kompetansemiljø innen fagområdet seksuelt misbrukte barn. Kompetansemiljøene er forankret innen helseregionene, både i barnevern, barnemedisin og psykisk helsevern for barn og unge.

Mål for 2002: Prosjektplanen skal følges. Hver helseregion skal ha etablert et miljø/nettverk som har kompetanse på seksuelle overgrep mot barn. Behovet for kompetansehevede tiltak rettet mot spesielle faggrupper, samt behovet for nasjonale funksjoner skal avklares. I 2001 ble 3 mill. kroner bevilget over kap. 730, post 67. Midlene er nå overført kap.743, post 70.

Kompetanseteam for ADHD

Det ble i 1997 opprettet tre sakkyndige team for hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD for å bygge opp kompetanse på utredning, diagnostisering og behandling. De sakkyndige teamene har påbegynt arbeidet med kompetanseoppbygging og overføring til spesialisthelsetjenesten. Departementet vil i 2002 vurdere hvordan teamene skal videreutvikles til kompetansemiljøer innen de respektive helseregionene.

3-årig oppfølgingsprosjekt mot selvmord

Handlingsplan mot selvmord ble avsluttet i 1999 og et treårig oppfølgingsprosjekt ble etablert i 2000, for å sikre at kompetansen som var bygget opp ble opprettholdt og videreutviklet. Prosjektet viderefører et nasjonalt kompetansesenter og tre regionale ressursmiljøer. Prosjektet skal sikre gode oppfølgings- og behandlingsrutiner for selvmordstruende personer, formidle kunnskap, forske og videreutvikle faglige nettverk på regionalt og lokalt nivå.

Resultatrapportering for 2000:

- bidratt til utvikling av rutiner for oppfølging av personer med selvmordsatferd
- videreført opplæringsprogrammet «Førstehjelp ved selvmordsfare»
- oppstartet tverrfaglig utdanning «Forebygging av selvmord»
- videreført systematisk kunnskapsformidling, og styrking av fagområdet suicidologi innenfor relevante utdanninger på høyskole- og universitetsnivå
- økt suicidologisk forskningsaktivitet og samarbeid med internasjonale miljøer

- systematisk informasjonsarbeid gjennom eget tidsskrift, og videreutvikling av suicidologisk database ved Universitetet i Oslo

Mål for 2002: Prosjektet videreføres i 2002 i tråd med planen. Behovet for videre arbeid med selvmordsforebygging etter 2002 skal vurderes. Det tas sikte på å styrke forebyggingsinnsatsen rettet mot grupper som er særlig utsatt for selvmord; barn og unge, eldre, utsatte yrkesgrupper, pårørende etter selvmord og lesbiske og homofile. I St. meld 25 (2000-2001) Levekår og livskvalitet for lesbiske og homofile omtales særskilte tiltak.

Det foreslås 9,2 mill. kroner i 2002 til prosjektet.

Homofile og lesbiske

Oppfølging av St. meld 25 (2000-2001) Levekår og livskvalitet for lesbiske og homofile: Departementet tar i 2002 sikte på å utarbeide faglig materiale om kjønnsidentitet og seksualitet for helse-, sosial- og pedagogisk personell, der temaet homofili inngår. Materialet skal gi kunnskap om hvordan personellet skal møte mennesker som har et uavklart forhold til sin egen kjønnsidentitet. Departementet vil styrke rådgivningsvirksomheten for homofile.

Post 72 Tilskudd til Modum Bads Nervesanatorium

Modum Bad Nervesanatorium (MBN) er en privat diakonal stiftelse. Hovedoppgaven er sykehusdrift med 111 plasser, av disse 14 plasser innen behandling av spiseforstyrrelser. Sykehuset er åpent for pasienter fra hele landet og behandler enkeltmennesker og familier med psykiske lidelser.

Modum Bads Nervesanatorium har en viktig funksjon innen spesialisthelsetjenesten, med et særskilt tilbud til en stor pasientgruppe. Staten dekker 90 pst. av driftsutgiftene og 10 pst. dekkes av pasientens bostedsfylke.

Resultatrapportering for 2000

I 2000 ble det bevilget 66,8 mill. kroner over denne posten til MBN.

Totalt 795 pasienter ble behandlet i 2000. Diagnosegruppene angstlidelser og tilpasningsforstyrrelser, depresjoner, spiseforstyrrelser og alvorlige samlivsproblemer utgjorde hovedtyngden. MBN mottok i alt 1431 søknader om innleggelse i 2000.

Post 73 (tidligere post 61) Tilskudd til psykososialt arbeid for flyktninger, kan overføres

Formål og hovedprioriteringer

Innvandrere og flyktninger har samme rett til helse- og sosialtjenester som den øvrige del av befolkningen, og ansvaret for å yte tjenester følger den ansvarsfordelingen som er fastsatt i lovgivningen. Både den kommunale helse- og sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten må kunne møte pasienter med ikke-vestlig bakgrunn på en god måte. Det innebærer at det ofte vil være behov for særskilt tilpassede tilbud som tar hensyn til språkkunnskaper og religiøse og kulturelle skikker og tradisjoner. Helsetjenesten må dessuten ha kunnskaper om helsemessige konsekvenser av forfølgelse, flukt og eksiltilværelse.

Bevilgningen til Psykososialt senter for flyktninger og de regionale psykososiale teamene skal bidra til å bygge opp og spre kompetanse når det gjelder vurdering, behandling og psykososiale støttetiltak for flyktninger og asylsøkere. Staten tar ansvar for å utvikle denne kompetansen videre.

Virkemidler

Det ytes midler til grunnfinansiering av Psykososialt senter for flyktninger og de fire psykososiale teamene. Senteret skal fungere som et nasjonalt senter med hovedarbeidsområdene undervisning og veiledning, forskning og klinisk arbeid (pasienter fra helseregion øst og sør). Senteret erstatter ikke klinisk virksomhet innen det ordinære psykiske helsevern, men skal bidra med spisskompetanse og til å bedre tilgangen på kvalifisert bistand.

De psykososiale teamene driver omfattende kurs- og konsultasjonsvirksomhet ovenfor spesialisthelsetjenesten, ved siden av direkte klinisk arbeid.

De psykososiale team skal inngå som en fast del av kompetanseoppbyggingen i det psykiske helsevern, jf. St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet og St.prp. nr. 63 (1997-98), og teamene inngår som en del av det regionale samarbeidet i helseregionen.

Departementets finansiering av de psykososiale teamene er ikke til hinder for delfinansiering fra regionalt helseforetak for eksempel av kliniske stillinger.

Resultatrapportering for 2000

Psykososialt senter for flyktninger har videreført sitt arbeid fra tidligere år når det gjelder undervisning og veiledning overfor Universitet i Oslo. Basisgruppeundervisningen av medisinstudenter har vært videreført fra tidligere år. Målet på sikt er at alle fylkene i helseregion øst og sør i samarbeid med senteret skal arrangere lokale seminarer for å øke kompetansen i egen region. I tillegg har senteret prioritert undervisning og veiledning av tolker som arbeider med tolking i psykoterapi.

Senteret driver utstrakt forskningsvirksomhet. Poliklinikken samarbeider med henvisende instanser under behandlingen. Det gis en utstrakt konsultasjonstjeneste overfor første- og annenlinjetjenesten.

De fire psykososiale teamene driver omfattende kurs og konsultasjonsvirksomhet ovenfor spesialisthelsetjenesten.

Erfaringene fra det ekstraordinære mottaket av flyktninger fra Kosovo våren 1999 ble oppsummert på en erfaringskonferanse om de psykososiale støttetiltakene som departementet arrangerte i samarbeid med Statens helsetilsyn i februar 2000. En del av erfaringene er fulgt opp i Stortingsmelding 17 (2000-2001) Asyl- og flyktningpolitikken i Noreg.

Satsingsområder og resultatmål 2002

Departementet vil følge opp konsolidering av driften av de psykososiale teamene og innpassing av virksomheten i den ordinære kompetanseoppbyggingen i det psykiske helsevern. Når det gjelder en bredere drøfting av tiltak for å bedre flyktningers og asylsøkeres psykisk helse vises det til ovennevnte stortingsmelding.

Det er under denne bevilgningen lagt inn midler til drift av kompetanseenhet for innvandreres og flyktningers somatiske og psykiske helse. Det er nå inngått avtale med Oslo kommune om etablering av kompetanseenheten etter en nettverksmodell med det administrative knutepunktet lagt til Ullevål sykehus.

Post 75 (tidligere post 63) Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, kan overføres

Formål og oppgaver

Det psykiske helsevernet er i dag preget av store fylkesvise forskjeller, og brukerne møter tjenestetilbud som er svært ulike med hensyn til bl.a.

kapasitet, bemanning, økonomiske ressurser, organisering og bruk av tvang.

Noen ulikheter er planlagte og ønsket, med utgangspunkt i ulike ytre forhold og tilgang på kvalifisert personell, og gode tjenester kan ytes på ulike måter. Men de fleste ulikheter skyldes en kombinasjon av historiske og andre mer utilsiktede forhold; det gjelder til dels ulik politisk prioritering og til dels uakseptabel variasjon i behandlingsfilosofi.

Stortinget vedtok under behandlingen av St.prp. nr. 63 (1997-98) Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006, jf. Innst. S. nr. 222 (1997-1998) at tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser skal styrkes betydelig både kvantitativt og kvalitativt i tiden fram til og med 2006. For å nå disse målene må det skje en betydelig kompetanseheving i psykisk helsevern, herunder en styrking av bemanningen, og det forutsettes et betydelig økt innslag av leger, psykologer og høyskoleutdannet personell.

Opptrappingsplanen innebærer en styrking av psykisk helsevern svarende til om lag 2,1 mrd. kroner i økte driftsutgifter (1998-kroner) i løpet av planperioden, hvorav ca. 1,46 mrd. kroner i til psykisk helsevern for voksne og ca. 0,63 mrd. kroner til barn og ungdom. Spesialisthelsetjenesten settes i stand til å dekke disse merutgiftene gjennom en styrking av det eksisterende øremerkede tilskuddet på departementets budsjett, økte polikliniske-/spesialistrefusjoner samt økte inntekter fra brukerbetaling ved poliklinisk behandling. Tilskuddsmidlene vil hovedsakelig bli fordelt til de regionale helseforetakene etter objektive kriterier.

Virkemidler

Det er for 2002 foreslått bevilget 1 028,8 mill. kroner i tilskudd til psykisk helsevern over kap 743 post 75. Dette er en økning på 163 mill. kroner i friske midler i forhold til budsjettet for 2001. I tillegg kommer 29,4 mill. kroner som prisomregning, totalt 194,4 mill. kroner. Det ble i tillegg over kap 730 post 61 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv. lagt inn en økning på 16 mill. kroner for å dekke økt poliklinisk virksomhet, i tillegg kommer 17 mill. kroner i prisomregning slik at økningen på posten blir 33 mill. kroner.

Det er forutsatt i Opptrappingsplanen at det skal være politisk vedtatte planer før midlene kommer til utbetaling. Departementet har bl.a. gjennom sekretariatet for omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern stått i nær kontakt med fylkeskommunene for å bidra til hen-

siktsmessige planer for gjennomføring av opptrappingsplanen og for å sikre gode rutiner i oppfølgingen av bruk av de øremerkede tilskudd. Nærmere retningslinjer for innholdet i planene og oppfølging av opptrappingsplanen, herunder vilkår for bruk av øremerkede midler er gitt i egne rundskriv til landets fylkeskommuner. Planene inngår som et grunnlagsmateriale for arbeidet med psykisk helsevern delen i de regionale helseplanene.

Resultatrapportering for 2000

Fylkeskommunene ble i 2000 tildelt 612 mill. kroner i øremerkede driftstilskudd fra kap. 743, post

Ressursbruk

Finansiering av psykisk helsevern. Faste priser. Prosent endring er korrigert for lønns- og prisstigning med 4,8 prosent. (Foreløpige tall)

	1999		2000		Pst. endring
Finansiering og forbruk i psykisk helsevern	Mill. kroner	Pst.	Mill. kroner	Pst.	1999-2000
Totalt	7860	100,0	8321	100,0	1,1
Finansiert av staten	1283	16,3	1450	17,4	8,2
Finansiert av fylkeskom.	6385	81,2	6664	80,0	-0,4
Salgsinntekter m.v.	192	2,4	208	2,5	3,5
Forbruk voksne	6869	87,4	7243	87,0	0,6
Forbruk barn og unge	991	12,6	1078	13,0	4,0

Om datagrunnlaget: Tallene for 2000 er foreløpige tall, siden kvalitetskontrollen formelt ikke er avsluttet.

Kilde: SINTEF-Unimed/NIS.

Tabellen viser en realvekst på 1,1 pst. i brutto driftsutgifter til psykisk helsevern fra 1999 til 2000. Tilsvarende tall for realveksten fra 1998 til 1999 var 5,5 pst.

Fylkeskommunene finansierer 80 pst. av driftsutgiftene i 2000. Dette er en noe lavere andel enn i 1999 og skyldes dels veksten i de statlige øremerkede tilskudd og dels at den fylkeskommunale egeninnsatsen ikke økte. Til sammenlikning økte fylkeskommunene netto utgifter til psykisk helsevern fra 1998 til 1999 med 4,3 pst.

Netto driftsutgifter per innbygger til psykisk helsevern økte med 1 pst. fra 1999 til 2000, mens veksten som fra 1998 til 1999 var 2,7 pst. Det er store variasjoner mellom fylkeskommunene. Troms, Aust-Agder og Vestfold har ut fra de fore-

63. I tillegg overførte fylkeskommunene i alt ca. 75 mill. kroner fra 1999. Totalt disponerte fylkeskommunene rundt 687 mill. kroner. Fylkeskommunene har i 2000 brukt ca. 617 mill. kroner eller ca 90 pst. av det disponible beløpet. Resten er overført til 2001. Hovedårsaken til at midler blir overført er fremdeles at midler er avsatt til prosjekter som ikke er igangsatt/fullført.

Tallene nedenfor er basert på foreløpige tall fra rapporten «Styringsdata for psykiatrisk fylkeshelsetjeneste 2000. Foreløpige tall fra SAMDATA-arbeidet. Juni 2001» fra SINTEF Unimed NIS.

løpige tallene en kraftig vekst, mens seks fylkeskommuner (Østfold, Oslo, Vest-Agder, Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Finnmark) ser ut til å ha nedgang.

Departementet følger opp resultatrapporteringen overfor hver enkelt fylkeskommune.

Dersom departementet finner at midlene ikke er brukt i samsvar med retningslinjer og i henhold til innsendt planmateriale, kan utbetaling for 2. termin i 2001 holdes tilbake. Det forutsettes at det øremerkede tilskuddet skal komme i tillegg til fylkeskommunens egne utgifter til psykisk helsevern. Departementet vil vurdere å holde tilbake midler dersom det skulle vise seg at fylkeskommunens eget bidrag faktisk reduseres.

Behandlingskapasitet

Som det går fram av tabell 13.40 nedenfor har behandlingskapasiteten i psykisk helsevern økt

vesentlig, både for voksne og for barn og ungdom.

Behandlede pasienter (Foreløpige tall)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Polikliniske konsultasjoner voksne	437 000	438 500	445 600	476 200	505 000	521 000
Antall institusjonsopphold voksne	29 870	31 731	33 167	34 300	35 800	38 400
Antall behandlede pasienter totalt i BUP				20 634	23 165	27 358
– poliklinisk tilbud				19 097	21 433	25 267
– dag- eller døgntilbud				1 537	1 732	2 091
Antall tiltak i poliklinisk behandling innen BUP:				190 246	222 141	260 012

Kommentar:

Definisjon på antall institusjonsopphold i psykisk helsevern for voksne er som følger:

Antall utskrivninger fra institusjon (heldøgnsopphold) i løpet av året pluss antall heldøgns pasienter i institusjon pr 31.12.

Med polikliniske konsultasjoner psykisk helsevern for voksne menes refusjonsberettigede konsultasjoner rapportert til SSB.

Kilder: Antall behandlede pasienter i psykisk helsevern for barn- og ungdom (BUP) er hentet fra pasientdata i BUP. Det samme gjelder tiltak som omfatter både direkte og indirekte tiltak. SINTEF-Unimed/NIS

Innen psykisk helsevern for voksne har antall refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner økt med 3 pst. fra 1999 til 2000 og antall institusjonsopphold er økt med ca 7 pst. Det er en svak nedgang i antall heldøgns plasser for voksne. Totalt sett er det rapportert omlag 80 færre heldøgns plasser ved utgangen av 2000 i forhold til året før.

Innen psykisk helsevern for barn og ungdom har 27 358 pasienter eller 2,6 pst. av befolkningen under 18 år fått tilbud i 2000. Tilsvarende tall for 1999 var 23 165 som utgjorde 2,2 pst. Det er fortsatt store fylkesvise forskjeller, fra en dekningsgrad på 4,7 pst. i Finnmark og 4,0 pst. i Nordland til 1,4 pst. i Sør-Trøndelag og 1,6 pst. i Vestfold. Sør-Trøndelag hadde den sterkeste veksten fra 1999 til 2000, sammen med Hordaland. Målsettingen i Opptrappingsplanen er en dekningsgrad på 5 pst. på nasjonalt nivå.

Ved utgangen av 2000 var det 16 605 årsverk innen psykisk helsevern. Dette er en økning på 3 pst fra 1999. Prosentvis har antall årsverk økt mest i psykisk helsevern for barn og ungdom med 4 pst, mens økningen innen psykisk helsevern for voksne var 3 pst. Økningen er størst for leger og psykologer (ca. 8 pst.), men det er også en positiv utvikling i antall årsverk for høyskoleut-

dannet personell (4,5 pst.) For behandlingspersonell uten universitets-/høyskoleutdanning er det en svak nedgang (0,1 pst.) Andelen av personell i poliklinisk virksomhet i 2000 er noe høyere enn i 1999 (økning fra 11 til 12 pst. i psykisk helsevern for voksne og fra 44 til 45 pst. i psykisk helsevern for barn og ungdom). I tillegg til tallene ovenfor kommer 565 årsverk for spesialister med driftsavtale med fylkeskommunene, fordelt med 170 årsverk for psykiatere og 395 årsverk for kliniske psykologer. Volumet her er nesten uendret fra 1999.

Samlet sett kan en si at det for psykisk helsevern er en positiv utvikling i behandlingskapasiteten. Særlig positiv er utviklingen i psykisk helsevern for barn og unge der det har vært en kraftig vekst i antall barn og ungdom som mottar behandling. Det er også en svært positiv utvikling i rekrutteringen av kvalifisert personell, både for leger og psykologer og for høyskoleutdannet personell. På nasjonalt nivå synes det som om utbygging og omstruktureringen av behandlingsskjeddene går i riktig retning, og at tempoet i økningen av behandlingskapasiteten samlet sett er tilfredsstillende. Det er fortsatt store fylkesvise variasjoner i utbygging av behandlingskapasiteten, men det ser ut til at forskjellene jevner seg noe ut.

Kompetansesentre i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.

Det er etablert kompetansesentre knyttet til de regionale sikkerhetsavdelingene. Kompetansesentrene skal ha som kjerneoppgave å styrke kompetansen når det gjelder sikkerhets- og farlighetsproblematikk med tilknytning til alvorlig sinnslidelse, herunder sedelighetsforbrytelse og seksualisert vold. Avtale om drift av kompetansesenter ved Brøset fra 1993 er revidert med sikte på styrking av funksjonene ved senteret. I tillegg til kompetansesenterfunksjonen ved Sør-Trøndelag psykiatriske sykehus avd. Brøset (for helseregion Midt og Nord, er det nå også etablert kompetansesentre ved Sandviken sykehus for region Vest og Aker sykehus (Gaustad) for helseregion Sør og Øst. I 2000 ble det avsatt 12 mill. kroner til styrking og oppbygging av kompetansesentra over kap. 743 post 63, og beløpet ble økt til 16 mill. kroner i 2001.

Satsingsområder og resultatmål 2002

Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern

Det generelle øremerkede tilskuddet til psykisk helsevern foreslås videreført og økt i 2002 med de regionale helseforetakene som mottakere. Tilskuddsmidlene vil hovedsakelig bli fordelt etter objektive kriterier på linje med generelle rammetilskudd til spesialisthelsetjenesten.

Det stilles fortsatt som vilkår for utbetaling av øremerkede tilskudd over kap. 743, post 75 at det foreligger en tilfredsstillende plan for gjennomføring av opptrappingsplanen, og at tilskuddsmidlene nyttes på en måte som gir reell kvalitetsforbedring og aktivitetssøkning i henhold til opptrappingsplanens intensjoner.

Midlene på denne posten er overførbare fra og med 2000. Under resultatrapportering 2000 viste en til at det ved siste årsskifte fortsatt er betydelige beløp i enkelte fylkeskommuner som ikke er brukt selv om tallet er vesentlig redusert.

Departementet har åpnet for at psykisk helsevern i fylker som har dokumentert en raskere opptrapping av behandlingsskapasiteten har fått en raskere vekst i de øremerkede driftstilskudd enn hva dagens fordelingsmåte vil gi. Det er imidlertid en forutsetning at alle fylker senest ved opptrappingsperiodens utløp skal komme opp på samme relative nivå sett i forhold til fordelingsnøkkelen etter objektive kriterier ved fordelingen av tilskudd.

Det foreligger nå planer for alle fylker, og planene med departementets merknader vil være

utgangspunkt for de regionale helseforetakenes arbeid med utbygging og omstrukturering av det psykiske helsevern. For å sikre best mulig måloppnåelse må planene kunne justeres etter som man vinner erfaringer. I en del fylker er planene allerede under justering og oppdatering på bakgrunn av departementets merknader.

Omstrukturering av det psykiske helsevern fører til at mange kommuner møter økende utfordringer gjennom utskriving av stadig mer ressurskrevende brukere. For å sette kommunene i stand til å møte disse utfordringene må spesialisthelsetjenesten bygge ut og styrke sine tjenester slik at de kan støtte opp under de kommunale tjenestene. Distriktpsikiatriske sentrene i psykisk helsevern 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. Departementet ser positivt på dette. Bestemmelsene om individuelle planer som trådte i kraft 1.7.2001 er også viktige her.

For å kunne nå Opptrappingsplanens mål for økt behandlingsskapasitet er det nødvendig at både den utøvende tjenesten og de som er ansvarlige for driften har et sterkt fokus på hvordan ressursene utnyttes. På oppdrag fra departementet har Helsetilsynet foretatt en evaluering av arbeidsformer og produktivitet ved poliklinikker. Evalueringen viste et betydelig potensiale for forbedringer. Dette er nå fulgt opp bl.a. ved utarbeidelse av en håndbok i organisering og arbeidsformer i poliklinikker. Videre har departementet satt i gang et arbeid med gjennomgang av refusjonssystemet for poliklinikkene.

Resultatmål og plantall for omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern er nærmere omtalt nedenfor under post 76.

Kompetansesentre i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

Det er under denne bevilgningen satt av midler til utbygging av kompetansesentre ved de regionale sikkerhetsavdelinger.

For 2002 er det satt følgende mål:

- Fortsatt styrking av kompetansesentrene.
- Styrke samarbeidet med fengslene.
- Ved innføring av ny lov om særreaksjoner skal kompetansesentrene spille en sentral rolle når det gjelder styrking av kompetansen innen sak-

kyndige uttalelser og vurdering av risiko for farlighet.

- Videreutvikle forsøkene om tilbud om hormonbehandling til sedlighetsdømte.
- Øke antall forskningsprosjekter.
- Øke omfanget av veiledning og undervisning til personell i helsetjenesten, politi og fengselsvesenet.

Når man har nådd målet for utbygging av kompetansesentrene tar departementet sikte på å innlemme disse midlene i regionsykehustilskuddene som gis over kap. 730 post 62. Dette vil antakelig skje fra 2003 eller 2004.

Personer med psykiske lidelser og rusproblemer

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og omfattende rusmiddelmisbruk sliter ofte med mange og sammensatte problemer, og har derved behov for bistand fra flere enn en hjelpeinstans. Erfaringer viser at denne gruppen ofte faller utenfor både tiltakene for rusmiddelmisbrukere, det psykiske helsevernet og de kommunale tjenestene. Dette innebærer spesielle utfordringer for hjelpeapparatet.

Departementet har i et eget rundskriv satt søkelyset på tjenestenes utforming i forhold til denne gruppens behov for et bredt spekter av tjenester, og understreket behovet for samarbeid og koordinert innsats mellom ulike forvaltningsnivåer og instanser.

Under denne bevilgningen er det også satt av midler til tiltak for grupper med særlige behov, herunder personer med psykiske lidelser og omfattende rusmisbruk.

I St. prp. nr.63 (1997-98) «Opptappingsplan for psykisk helse 1999 –2006» er det lagt inn et beløp på 20 mill. kroner i årlige driftsutgifter til regionale institusjonstilbud til rusmiddelmisbrukere med psykiske lidelser. Dette var en oppfølging av forslag i St.meld. 25 (1996-97). Utfra faglige anbefalinger er det nå lite aktuelt å bygge opp regionale behandlingstilbud. De midlene som hittil er satt av til formålet, vil i første omgang bli benyttet til utviklingsarbeid og utprøving av organisatoriske modeller og metoder for tiltak for mennesker med alvorlige psykiske og rusmiddelrelaterte problemer.

Departementet forutsetter at utbygging av behandlingstilbudene i det psykiske helsevernet i tråd med anbefalingene foran, finansieres som øvrige tiltak under Opptappingsplanen.

Andre tiltak

I Opptappingsplanen er det lagt inn driftsmidler til styrking av tilbud til personer med psykiske lidelser i den samiske befolkningen. Dette følges opp ved behandlingen av planen for Finnmark.

Videre skal midlene brukes til å sikre informasjonsmateriell til innbyggerne generelt og til brukere og pårørende spesielt. Midlene skal også brukes til utvikling av brukerdrevne tiltak og til grupper med særlige behov.

Psykisk helsevern-planene skal også omfatte tiltak for å sikre tilstrekkelig personell med riktig kompetanse, og tilskuddsmidlene kan nyttes til kompetansehevingstiltak.

Resultatoppfølging og kontroll

Resultatoppfølgingen for øremerkede tilskudd til psykisk helsevern foregår gjennom årlig rapportering for bruken av disse midlene til departementet. Fylkeslegene er også koblet inn i arbeidet med gjennomgang av disse rapportene. Sekretariatet har en viktig oppgave i systematisering og oppfølging av resultatrapporteringen. Innholdet i rapporteringen er knyttet opp mot de retningslinjer/føringer som gis. Rapporteringen samordnes med informasjon om den samlede innsats innen psykisk helsevern fra annen aktuell statistikk (SINTEF-NIS) og Statistisk sentralbyrå (SSB).

Videre vises det til evaluering av hele opptappingsplanen som er igangsatt i 2001 i regi av Norges Forskningsråd.

Post 76 (tidligere post 64 og 65) Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern, kan overføres

Formål og hovedprioriteringer

Det psykiske helsevernet skal omstruktureres og bygges ut slik at tjenestene kan gis nærmest mulig der pasienten bor. Tjenestene skal tilpasses pasientens livssituasjon og behandlingsbehov. Videre skal det bygges ut mer spesialiserte behandlingstilbud til pasienter med særlige behov.

Personer med psykiske lidelser vil ofte trenge både spesialisthelsetjenester og alminnelige helse- og sosialtjenester. En grunnleggende forutsetning for å legge større deler av ansvaret for tilbudet til mennesker med psykiske lidelser til det kommunale tjenesteapparatet, er at de spesialiserte helsetjenester gis en utforming som gjør

dem lett tilgjengelige og enkle å tilpasse den enkelte brukers situasjon.

I psykisk helsevern for voksne er etablering av distriktssentre (DPS) i alle deler av landet den mest omfattende oppgaven. Gjennom utbyggingen av sentrene skal kapasiteten både i poliklinisk og ambulant behandling og i dagbehandling øke med 50 % fra 1998 til 2006, og antallet aktive døgnbehandlingsplasser skal øke med ca 1000. Parallelt med utbygging av tjenestene på lokalnivå, skal sykehusavdelingene utvikle mer spesialiserte behandlingstilbud på fylkesnivå. De skal også sikres kapasitet til å ta imot personer som dømmes til særreaksjonen tvungent psykisk helsevern.

I psykisk helsevern for barn og ungdom har Opptrappingsplanen som mål å øke dekningsgraden (andel av barne- og ungdomsbefolkningen 0-17 år som gis behandlingstilbud) til 5 pst. i 2006, dvs til ca. 50000 barn og unge. I 2000 ble det gitt tilbud til 27358 barn og unge eller ca 2,6 pst.

De største fylkesvise variasjonene i spesialisthelsetjenesten finner vi i psykisk helsevern for barn og ungdom. Samtidig er nærhet til bosted og oppvekstmiljø særlig viktig i behandlingen av barn og ungdom.

Behandlingstilbudet i psykisk helsevern for barn og ungdom skal i all hovedsak gis som poliklinisk og ambulant behandling. (I 2000 ble 92 pst. av behandlingen gitt poliklinisk.) For å nå målet om 5 pst. dekning er utbygging av lokale poliklinikker et helt avgjørende virkemiddel.

For de som trenger tilbud ut over poliklinisk og ambulant behandling bør følgende funksjoner være dekket i alle fylker, eventuelt i samarbeid med et annet fylke:

- mulighet til å ta hånd om ungdom på døgnbasis,
- mulighet til å arbeide konsentrert daglig med barn,
- mulighet for konsentrert og systematisk arbeid med samspill og omsorg i familier

I tillegg til utbygging av behandlingsskapasiteten er det behov for økt kapasitet til konsultasjon og veiledning til andre kommunale, fylkeskommunale og statlige helse- og sosialtjenester. For å ivareta mange barn og unges behov er det viktig at psykisk helsevern for barn og ungdom bidrar til et fleksibelt og velfungerende samarbeid med andre tjenester som skolen, barnevernet, pediatrien, rusmiddelomsorgen og psykisk helsevern for voksne.

Resultatrapportering for 2000

I budsjettet for 2000 ble det bevilget 49 mill. kroner i investeringstilskudd til psykisk helsevern for voksne over kap 743 post 64. Det ble overført om lag 7 mill. kroner fra 1999, slik at disponibel bevilgning var 56 mill. kroner. I tillegg ble 15 millioner kroner overført fra post 743. post 65 gjennom St.prp.nr. 28 og Innst.S.nr. 86 (2000-01).

Investeringstilskuddene utbetales ved ferdigstillelse. Fylkeskommunene mottok etter søknad 31,2 mill. kroner fra post 64 i 2000 til ferdigstilte prosjekter. Av dette beløpet gikk halvparten til distriktssentre og halvparten til sykehusprosjekter.

I budsjettet for 2000 ble det bevilget 126 mill. kroner i tilskudd til utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom over kap 743 post 65. Det var i tillegg overført om lag 91 mill. kroner fra 1999, slik at disponibel bevilgning i utgangspunktet var 217 mill. kroner. Bevilgningen ble redusert med 38 millioner kroner gjennom St.prp.nr. 61 og Innst.S.nr. 220 (1999-2000). I tillegg ble 15 millioner kroner overført til post 743. post 64 gjennom St.prp.nr. 28 og Innst.S.nr. 86 (2000-01).

Tilskuddene til investeringer utbetales ved ferdigstillelse. Fylkeskommunene mottok etter søknad 46 mill. kroner i 2000, hvorav ca. 18 mill. kroner til investeringsprosjekter som ble ferdigstilt i 2000, og 28 mill. kroner til driftsutgifter. Mindreforbruket av tilskuddsmidler skyldes hovedsakelig at det har tatt lengre tid å prosjektere og realisere utbyggingsprosjekter enn tidligere antatt.

Som det går fram av resultatrapporteringen i omtalen under post 63 var det en kraftig økning i behandlingsaktivitetet i psykisk helsevern for barn og ungdom fra 1999 til 2000.

Satsingsområder og mål for 2002

Etter statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten fra 1.januar 2002 vil ordningen med øremerkede tilskudd til dekning av investeringskostnadene i opptrappingsplanen videreføres, men kapitalrefusjonsordningen for sykehusprosjekter bortfaller. Departementet vil gi kontanttilskudd på 60 pst. av godkjente investeringskostnader ved ferdigstillelse, mens 40 pst. vil bli dekket gjennom rammetilskuddet til de regionale helseforetakene. Plander og prosjektsøknader skal fortsatt behandles og godkjennes av Sosial- og helsedepartementet. Det er etablert et særskilt sekretariat i departementet for å ivareta disse oppgavene.

Av planmateriale som nå er mottatt fra samtlige fylkeskommuner går det fram at det planleg-

ges investert for ca. 6,1 mrd. kroner i psykisk helsevern i perioden 1999-2006, hvorav ca 4,7 mrd. kroner i psykisk helsevern for voksne og ca 1,4 mrd. kroner i psykisk helsevern for barn og ungdom. I tillegg til dette beløpet kommer kostnader til planlagte omfattende fornyelse av bygningsmassen ved sykehusavdelinger i noen fylker som er forutsatt dekket på linje med andre større utbyggingsbehov på sykehussektoren.

Dette tilsier at departementet må foreta en streng prioritering av byggeprosjektene og en streng vurdering av kostnadsrammene for å sikre at de midlene som er lagt inn i opptrappingsplanen i størst mulig grad bidrar til en likeverdig tilgang til psykisk helsevern-tjenester i hele landet.

Prioriteringen vil skje på grunnlag av innsendte og godkjente fylkesvise planer og i dialog med de regionale helseforetakene.

Det vises forøvrig til omtale under post 75.

Av det planmaterialet som nå foreligger i departementet ser det ut til at ca. 10 pst av de gjenstående investeringene vil bli foretatt i 2002, ca 60 pst i 2003 og 2004, og de gjenstående 30 pst. i 2005 og 2006.

For å opprettholde den nødvendige fremdrift i gjennomføring av opptrappingsplanen er det viktig at fylker som er kommet langt i planleggingen raskt kan få tilsagn slik at prosjekterings- og utbyggingsarbeidet ikke stopper opp. Dette var bakgrunnen for at departementet ble gitt en tilsagnsfullmakt på 362 millioner kroner i forbindelse med RNB for 2001. Fullmakten har gjort det mulig å gi tilsagn til prosjekter i 2001 som skal ferdigstilles i 2002 og 2003, og som det ikke er dekning for innenfor bevilgningen for 2001. Med tilsvarende begrunnelse er det fremmet forslag om en tilsagnsfullmakt på 220 mill. kr i 2002.

I Budsjettinnst. S. nr. 11 (2000-2001) har Sosialkomiteen til kap. 743 post 72 gitt følgende merknad:

«Komiteen ser det som positivt at det arbeides med å etablere et «Modum Bad i nord», og ber Regjeringen i neste års statsbudsjett gi en vurdering av etablering av en slik institusjon i Nord-Norge.

Komiteen mener det er viktig at alle nye etableringer sees i en sammenheng med det øvrige tilbud i regionen. Komiteen mener det er viktig at det er enighet i helseregionen om hvilke tilbud som skal bygges opp og inngå i en helhetlig sammenheng. Komiteen mener det er viktig at brukerorganisasjonene tas med på råd og blir hørt i forbindelse med slike etableringer.»

Det foreligger to alternative prosjektskisser for dette tilbudet. Departementet har bedt regionalt helseutvalg i Helseregion Nord om å vurdere de to prosjektskissene med henvisning til merkningen som Sosialkomiteen ga. Regionalt helseutvalg har behandlet saken men ikke tatt standpunkt til hvilket av de to prosjektene som bør realiseres.

Departementet vil i sitt videre arbeid med dette behandlingstilbudet ta utgangspunkt i prosjektet til Midlertidig Interesseorganisasjon lokalisert til Bardu. Departementet har ikke tatt standpunkt til kostnadsrammer med hensyn til investeringer og drift. I det videre arbeid vil departementet følge opp Sosialkomiteens merknad i Budsjettinnst. S. nr. 11 (2000-2001) med hensyn til å se nye etableringer i sammenheng med det øvrige tilbud i regionen og sikre at brukerorganisasjonene tas med på råd og blir hørt i forbindelse med etableringen.

Kap. 0744 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
70	Fagenhet for tvungen omsorg			30 000
	Sum kap 0744			30 000

Post 70 Fagenhet for tvungen omsorg

Formål

Gjennom behandlingen av Ot. Prp. 46 (2000-2001) Om lov om endringer i straffeloven og i enkelte

andre lover (endring og ikraftsetting av straffereettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner samt endringer i straffeloven §§ 238 og 239), jfr. Innst. O nr. 113 (2000-2001) er det vedtatt at det skal etableres en fagenhet for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbrøyttere.

Fagenheten vil organisatorisk bli knyttet til et sykehus med regional sikkerhetsavdeling. Fagenheten skal ha sin egen faglige identitet med basis i tverrfaglig habiliteringsarbeid. Det faglige ansvaret skal ligge hos fagenhetens ledelse.

Det kan hefte enkelte ulemper ved å samle dem som er idømt tvungen omsorg i én fagenhet. Departementet vil på denne bakgrunn understreke at det kan være aktuelt å etablere flere fagenheter.

Fagenheten kan inngå avtale med en kommune om at en del av særreaksjonen kan gjennomføres der når hensynet til den domfelte tilsier det, og sikkerhetshensyn ikke taler mot.

Lovendringene trer i kraft 1. januar 2002.

Virkemidler og resultatmål

Departementet legger til grunn at ansvaret for etablering og drift av fagenheten forestås av vedkommende regionale helseforetak etter særskilt avtale. Utgiftene til etablering og drift foreslås dekket særskilt over denne posten. Tilsvarende gjelder kostnader knyttet til gjennomføring av særreaksjonen utenfor fagenheten.

For å sikre at gjennomføring av tvungen omsorg kan skje fra 1. januar 2002 tar departe-

mentet sikte på å inngå avtale med aktuell fylkeskommune slik at nødvendige forberedelser kan gjennomføres i inneværende år.

Evt. behov for gjennomføring av tvungen omsorg før fagenheten er etablert forutsettes dekket ved at staten kjøper tjenester i form av institusjonsplass fra en eller flere sykehusavdelinger innen psykisk helsevern (regionale statsforetak). Slike utgifter vil også bli dekket over denne posten.

I Ot prp nr 46 (2000-2001) er kapasitetsbehovet i fagenhet for tvungen anslått til totalt 15 personer, basert på at 1-2 personer dømmes til tvungen omsorg pr. år. Det er her understreket at anslagene for antall personer er usikre.

Med utgangspunkt i kostnadsberegningene for etablering av plasser for personer som dømmes til tvungen psykisk helsevern, jfr. St.prp. 63 (1997-98) anslås investeringskostnadene for 15 plasser til totalt 40 mill. kroner.

Med totalt 15 plasser i drift vil de årlige driftsutgifter ved full kapasitet bli anslagsvis 44 mill kroner. Anslaget tar utgangspunkt i driftsutgiftene for regionale sikkerhetsavdelinger.

Det legges opp til en trinnvis utbygging, og for 2002 fremmes det forslag om 30 mill. kroner i samlet bevilgning til investeringer og drift.

Programkategori 10.50 Legemidler

Kategori 10.50 omfatter Statens legemiddelverk, apotekene ved Radiumhospitalet og Rikshospitalet og diverse tilskudds- og avgiftsordninger overfor apotekene. Tiltakene er hovedsakelig relatert til godkjenning og omsetning av legemidler.

Statens legemiddelverk har tilsynsansvaret for omsetning av legemidler. Gjennom ordningen med blå resept refunderer folketrygden utgifter til medisiner til bruk for nærmere angitte sykdommer (se kap. 2751 Medisiner m.v.).

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
0750	Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578)	88 143	103 450	112 200	8,5
0751	Apotekvesenet (jf. kap. 3751 og 5577)	69 958	74 600	76 800	2,9
	Sum kategori 10.50	158 101	178 050	189 000	6,1

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post- gr.	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
01-23	Statens egne driftsutgifter	85 988	98 450	107 200	8,9
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	2 155	5 000	5 000	0,0
70-89	Andre overføringer	69 958	74 600	76 800	2,9
	Sum kategori 10.50	158 101	178 050	189 000	6,1

1. Overordnet formål med programkategorien

Departementets hovedmålsettinger på legemiddelområdet er:

- befolkningen skal ha tilgang til sikre og effektive legemidler uavhengig av betalingsevne
- legemidler skal brukes faglig og økonomisk riktig
- lavest mulig pris på legemidler

2. Tilstandsbeskrivelse/resultatrapport

Legemidler er en viktig innsatsfaktor i helsevesenet. I 2000 ble det solgt legemidler for ca. 11,5

mrd. kroner, som innebar en nominell vekst fra året før på ca. 7,5 pst. Blant de tyngste enkeltkomponentene i denne veksten er legemidler for behandling av hjerte-/kar-lidelser, kreftmedisiner og legemidler for behandling av sykdommer i sentralnervesystemet. Det offentlige dekker ca 2/3 av utgiftene. Hovedtyngden av utgiftene for det offentlige er knyttet til folketrygdens refusjonsordning (blåreseptordningen), men det medgår også betydelige beløp til medikamentell behandling på helseinstitusjoner (særlig sykehus).

I 2000 steg forbruket av legemidler målt i DDD (definerte døgndoser; antatt gjennomsnittlig døgndose brukt ved preparatets hovedindika-

sjon hos voksne) med 6,0 pst. Dette er 1,1 prosentpoeng lavere enn året før, men er likevel en av de høyeste vekstratene vi har sett på mange år. Veksten i folketrygdens utgifter til legemidler var på 10,4 pst i 2000.

I NOU 1997:6 Rammevilkår for omsetning av legemidler ble det lansert ulike løsningsforslag med sikte på å bøte på svakheter som er påvist ved dagens etableringssystem for apotek. Et forslag til ny apoteklov ble lagt fram i Ot.prp. nr. 29 (1998-99) Om lov om apotek (apotekloven) i desember 1998. Forslaget ble vedtatt av Stortinget 11. april 2000. Loven trådte i kraft 1. mars 2001. Lovens hjemmel til å etablere et midlertidig konsesjonstak ble ikke benyttet, se nærmere omtale i Ot.prp. nr. 61 (2000-2001), jf. Innst.O. nr. 93 (2000-2001). Det ble i stedet inngått avtale med Norsk Medisinaldepot ASA om overtakelse av drift av apotek i utvalgte kommuner i tilfeller der innehaver av eksisterende apotek ikke ønsker å fortsette sin virksomhet og ingen andre ønsker å etablere apotek i kommunen. Senere er en tilsvarende avtale inngått med en annen dominerende markedsaktør, Apokjeden AS.

Legemiddelindustriens informasjons- og markedsføringsaktiviteter er meget omfattende. Det er en krevende oppgave for myndighetene å bidra til rasjonell legemiddelbruk ved formidling av produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Det ble

i 2001 opprettet en RELIS-enhet (Regionalt legemiddelinformasjonssenter) i Helseregion Øst-Norge. Det er nå en RELIS-enhet i hver helse-region.

3. Virkemidler og forventede resultater

Blant de endringer som den nye apotekloven innebærer fra lovens ikrafttredelse den 1.mars 2001, er bortfall av krav om faglig eierskap til apotek, bortfall av statlig behovsvurdering ved opprettelse av apotek og anledning for apoteket til generisk substitusjon (bytte) av forskrevet legemiddel dersom legen ikke aktivt har motsatt seg slikt bytte mellom tilsvarende legemidler med forskjellig fabrikant. Tiltakene er konkurransefremmende, og ventes på sikt å bidra til bedre tilgang til apotektenester og lavere vekst i legemiddelutgiftene.

Fra 1. januar 2002 må legemiddelprodusenter som ønsker å få et preparat godkjent for forskrivning på blå resept, levere helseøkonomisk dokumentasjon som en del av refusjonssøknaden. Dette ventes å gi myndighetene et bedre grunnlag for å vurdere hvilke preparater som bør refunderes, og under hvilke vilkår (se kap. 2751 Medisiner m.v.). Over tid ventes dette å lede til en styrking av legemiddeltilbudet til blåreseptordningens målgruppe.

Kap. 0750 Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert budsjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter	85 988	98 450	107 200
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, kan overføres	2 155	5 000	5 000
	Sum kap 0750	88 143	103 450	112 200

Det er overført fra 2000 til 2001
Post 01: 435 000 kroner

- faglig og økonomisk riktig (rasjonell) bruk av legemidler
- lavest mulig pris på legemidler.

Formål og hovedprioriteringer

Statens legemiddelverk skal bidra til å sikre:

- tilgang til sikre og effektive legemidler uavhengig av bosted
- at tilgangen til nødvendige legemidler ved langvarige behandlinger er uavhengig av betalingsvne

For å oppnå dette, må etaten ha kontroll med alle faser i legemidlenes livsløp (total legemiddelkompetanse). Dette omfatter klinisk utprøving, utredning av kvalitet, sikkerhet og effekt i forbindelse med godkjenning av nye legemidler, legemiddeløkonomi, laboratoriekontroll, bivirkningsovervåking og terapiveiledning. Legemiddelverket har også ansvar for å føre tilsyn og kontroll

med legemiddelforsyningskjeden. Hensikten er å sikre at tilgjengeligheten av legemidler er god og at legemidlenes kvalitet ikke forringes på veien fra produsent til publikum. Legemiddelforsyningskjeden består av tilvirkere, blodbanker, importører, grossister, og apotek.

Legemiddelverkets myndighetsutøvelse, rådgivning og formidling skal være kunnskapsbasert. Virksomhetens viktigste målgrupper er legemiddelgrossister, forskrivere, apotek og legemiddelindustri.

Ansvar for behandling av søknader om opp- tak på blå resept har blitt overført til Legemiddel- verket. Det er nå fokus på å sikre at tidsfristene i dette arbeidet kan overholdes.

For å ivareta narkotikakonvensjonens overord- nede mål skal Legemiddelverket sikre tilgang på aktuelle stoffer/legemidler til medisinsk og viten- skapelig bruk, og bidra til å forebygge misbruk og illegal bruk.

2. Resultatrapport 2000

Resultatindikatorer		1996	1997	1998	1999	2000
Antall behandlede søknader, nye legemidler	Mål	350	350	400	400	400
	Resultat	342	389	428	343	376
	Måloppnåelse	98%	111%	107%	86%	94 %
Gjennomsnittlig behandlingstid (mnd.)	Mål	7 ²⁾	7 ¹⁾	7 ¹⁾	10 ²⁾	10 ²⁾
	Resultat	14	12	11	9,9	8
	Måloppnåelse	71% ²⁾	83% ³⁾	91% ³⁾	101%	125 %
Antall behandlede søknader, parallellimport	Mål	200	200	100	100	100
	Resultat	252	106	57	193	143
	Måloppnåelse	126%	53%	57%	193%	143 %

¹⁾ Netto behandlingstid.

²⁾ Legemiddelverk-tid, innført pga. manglende måleverktøy for nettotid.

³⁾ Basis for beregning er brutto behandlingstid på 10 mnd.

Det var en viss vekst i antall søknader om mar- kedsføringstillatelse fra industrien i 2000. Endrin- ger i saksbehandlingsrutiner og deltagelse i EUs systemer for godkjenning av legemidler bringer saksbehandlingstiden ned.

Bivirkningssamarbeid innenfor EØS-avtalen og med helseregionene er satt i gang. Både Lege- middelverket og Norsk legemiddelhåndbok er kommet i gang med sine internettjenester.

Det ble innført en ny og mer forutsigbar prak- sis for maksimalprisfastsettelse av reseptpliktige legemidler. Praksisen baseres på prissammenlig- ninger med land i Nord-Europa. En revurdering av prisen på de 59 mestselgende legemidlene i Norge resulterte i en innsparing på legemiddel- budsjettet på ca 160 millioner (halvårseffekt).

Laboratorievirksomheten

Resultatindikatorer	Resultat 1998	Resultat 1999	Resultat 2000	Mål 2001	Mål 2002
Antall kontrollerte preparater	449	469	433	375	350
Avvik (%)	19 (4 %)	46 (10 %)	38 (9 % ¹⁾)	-	-
Antall EØS analyseprosjekter	-	-	12	20	27

¹⁾ 9 % av de kontrollerte preparatene viste seg å avvike fra godkjente spesifikasjoner, men ingen av avvikene var så alvorlige at noen preparater måtte trekkes fra markedet.

Norge fikk fra 1. januar adgang til å delta i laboratoriekontrollen av legemidler godkjent i EØS. Det første oppdraget for produkter godkjent i den sentrale EU-prosedyren er utført med godt resultat. Laboratoriene har også deltatt i det europeiske nettverket av offisielle kontrolllaboratorier med felles kvalitetssystemer, metodeutvikling og standarder. Satsingen på det europeiske samarbeidet har medført at det er kontrollert færre preparater enn i 1999.

3. Tilstandsvurdering

Innføringen av EUs regelverk og godkjenningssprosedyrer fører til at behandlingstiden for nye søknader blir den samme som i EU-landene. Dette betyr i mange tilfeller at befolkningen får tilgang til nye legemidler raskere enn før. Gjensidig aksept innen EU-systemet krever utvikling og innføring av harmoniserte rutiner for saksbehandling, laboratorieundersøkelser og inspeksjonsvirksomheten.

I EMEA (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products) diskuteres prinsipper og retningslinjer for produksjon og omsetning av legemidler. Deltagelsen i EMEA er også viktig ved inngåelse av såkalte MRA-avtaler (Mutual Recognition Agreements). Disse avtalene sikrer gjensidig anerkjennelse av landenes tilsynsmyndigheter. En MRA-avtale gjør det enklere for norsk farmasøytisk industri å eksportere legemidler til land utenfor EØS, og det vil også være enklere å importere legemidler fra land utenfor EØS-samarbeidet. Dette vil igjen bidra til at den norske befolkningen får raskere tilgang til nye effektive og høyverdige legemidler.

Det stigende antall preparater på markedet gjør tilbudet mindre oversiktlig for forskriverne. Dereguleringen av apotekvesenet fører til et mer differensiert apotektilbud med større grad av variasjon i apotekenes legemiddelinformasjon. Det

sattes derfor i økende grad på informasjon og bivirkningsovervåkning. Arbeidet med regionalisert bivirkningsovervåkning fortsetter i samarbeid med de regionale legemiddelinformasjonsentrene (RELIS).

Norge har relativt lave legemiddelkostnader per innbygger i forhold til land det er naturlig å sammenligne seg med, men veksten i kostnadene er høy. Det er derfor viktig å prioritere nøye hvilke produkter man ønsker å gi refusjon, slik at fordelingen av begrensede ressurser blir best mulig. Fra januar 2002 stilles det som krav at legemiddeløkonomisk dokumentasjon inngår i refusjonssøknadene. Søkeren er dermed pålagt å dokumentere at en økt nytteverdi av produktet står i forhold til eventuelle ekstra kostnader. Analyser av denne dokumentasjonen er en viktig støtte i refusjonsarbeidet. Jevnlige harmoniseringer av prisene på de mest omsatte legemidlene til europeisk nivå fører til bedre kostnadskontroll.

4. Satsingsområder og mål 2002

Legemiddelverket skal være det nasjonale kompetansesenteret innen legemiddelområdet, og skal bruke sin kunnskap og kompetanse om legemidler til beste for folkehelsen. Satsingsområdene er:

- Vaksiner
- Legemidler mot sykdommer i sentralnervesystemet og innen psykiatrien
- Hjerte-/karmidler
- Antibakterielle midler
- Blodprodukter
- Legemidler til fisk
- Apotekforvaltning
- Tilsynsmetodikk

Internasjonalt samarbeid

I Europa skal Legemiddelverket være blant de foretrukne utrederne innen våre satsingsområder

gjennom å sikre gjensidig anerkjennelse av utredninger i EU-systemet. Det videreføres eller etableres rådgivende faggrupper på hvert av satsingsområdene antibiotika, veterinærmedisin generelt, fiskemedisin, blodprodukter, sentralnervøse lidelser, hjerte-/karmedisin og vaksiner til mennesker. Gode søknader og effektiv saksbehandling skal støttes gjennom skolering og dialog med legemiddelindustrien og møter med industriens representanter.

For laboratoriene er det et mål i 2002 at kvalitetssystemet skal bedømmes av inspektører fra det europeiske laboratorienettverket med vellykket resultat. Det forventes en økning i antall analyser innen EØS-samarbeidet. Legemiddelverket arbeider aktivt for å få laboratorieoppdrag innen europeisk frigivelse av produksjonspartier av vaksiner. Gjennom sin deltakelse i internasjonale vaksineprosjekter har laboratoriene opparbeidet en betydelig kompetanse på dette området. I tillegg må metoder for kontroll av norske vaksiner innarbeides i takt med at denne produksjonen kommer i gang. Kontrollen av blodprodukter fremstilt av norsk tappet plasma skal styrkes.

Administrative rutiner omkring behandlingen av søknader for nye legemidler må effektiviseres ytterligere og dialogen med sentrale legemiddelorganer innen EU skal strømlinjeformes.

Bivirkningsovervåkning

Norge skal delta aktivt i EUs system for overvåkning av bivirkninger. Nasjonalt skal kontakten med helseregionene intensiveres. Informasjon om viktige nye bivirkninger og interaksjoner skal publiseres løpende gjennom Legemiddelverkets vevtjeneste, meldingsbladet Nytt om legemidler og eksterne kanaler som for eksempel tidsskrifter og publikasjoner ved behov. Det vil bli forsøkt startet regionalisert bivirkningsrapportering i 2002.

Legemiddeløkonomi

Arbeidet med legemiddeløkonomiske utredninger skal intensiveres. Utredningene skal holde høy faglig standard og leveres i henhold til tidsfristene. Arbeidet med å informere forskrivere om legemiddeløkonomi generelt og legemiddeløkonomiske aspekter ved produkter spesielt, vil også bli intensivert. Legemiddelverket skal videre bygge opp troverdighet på området gjennom nett-

verksarbeid mot andre myndigheter og fagmiljøer nasjonalt og internasjonalt.

Legemidler til fisk

Legemiddelverket har som målsetting på sikt å bli den ledende legemiddelmyndigheten i Europa på vaksiner til fisk. Fiskeoppdrett er en viktig næring for Norge. Oppdrettsnæringen produserer i dag mer fiskekjøtt enn det som produseres av kjøtt i en samlet norsk landbruksnæring. Mens hyppige utbrudd av bakterielle fiskesykdommer og høyt forbruk av antibiotika var et stort problem for en del år siden, holdes nå disse sykdomsutbruddene under kontroll ved hjelp av vaksiner. Nye gode vaksiner vil ytterligere kunne bidra til en reduksjon av antibiotikabruken. En strategi for forvaltningen av legemidler til fisk skal iverksettes og vedlikeholdes. Rutinene for forvaltningen av legemidler for fisk skal fornyes og forbedres, kompetansen skal videreutvikles og satsingen på området synliggjøres ved å være aktiv i internasjonale fora.

Kommunikasjon

Viktig informasjon om nye preparater publiseres fortløpende og preparatene skal presenteres i en terapeutisk sammenheng. Nordisk samarbeid om legemiddelinformasjon og terapiveiledning skal videreutvikles. Terapiveiledningsvirksomheten i regi av Legemiddelverket, Norsk legemiddelhåndbok og regionale legemiddelinformasjonsentra skal samordnes.

5. Merknader til budsjettforslaget for 2002

Post 01 Driftsutgifter

Samlet foreslås posten øket med 8,75 mill. kr. I dette ligger blant annet en økning på 1,7 mill. kroner som følge av lønnsregulering i 2001 og 1,4 mill. kr som kompensasjon for momsreformen pr. juli 2001, jf. St.prp. nr. 84 (2000-2001). Styrking av områdene regionalt bivirkningsarbeid, legemiddeløkonomi og evaluering av generisk substitusjon (5 mill. kr totalt) er fremmet mot økte inntekter under kap 5578 post 71 Kontrollavgift.

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 114,3 pr. 1.mars 2000 og 139 pr. 1.mars 2001.

Kap. 3750 Statens legemiddelverk (jf. kap. 750)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
02	Gebyrinntekter	587	159	1 000
16	Refusjon fødselspenger	1 465		
17	Refusjon lærlinger	80		
18	Refusjon sykepenger	676		
	Sum kap 3750	2 808	159	1 000

Post 02 Gebyrinntekter

Bevilgningsforslaget er øket med 0,8 mill kr i forhold til vedtatt budsjett for 2001. Dette er gebyrinntekter knyttet til Legemiddelverkets behandling av søknader om apotekkonsesjoner. Posten

gjelder for øvrig gebyrinntekter i forbindelse med godkjenning av produkter til rengjøring og desinfeksjon av fiskeoppdrettsanlegg, samt diverse inntekter (seminarer, lab-tjenester, trykksaker, tidsskriftkopier, terapi/bøker, refusjoner fra EMEA og foredrag).

Kap. 5578 Avgift på farmasøytiske spesialpreparater (jf. kap. 750)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
70	Registreringsavgift	37 401	57 920	56 600
71	Kontrollavgift	38 577	33 030	42 100
	Sum kap 5578	75 978	90 950	98 700

Sosial- og helsedepartementet innførte et nytt avgiftssystem for farmasøytiske spesialpreparater i 1992, revidert i 1999. Avgiften bygger på en kom-

binasjon av en søknadsavgift og en kontrollavgift lagt på legemiddelprodusentenes omsetning.

Kap. 0751 Apotekvesenet (jf. kap. 3751 og 5577)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
70	Tilskudd til apotek	69 958	74 600	76 800
	Sum kap 0751	69 958	74 600	76 800

Apotekene har enerett på detaljomsetning av legemidler. Apotekene utfører også ikke-inntektsbringende oppgaver pålagt av staten, informasjonsvirksomhet om egenandelssystemet, kontroll med forbruk av legemidler med innhold av narkotiske stoffer, arkivering av A- og B-resepter

(vanedannende og narkotiske legemidler), samarbeid med fylkeslegen i misbrukssaker m.v.

Ny apoteklov trådte i kraft 1. mars 2001. Søkere som tilfredsstiller objektive krav til eierskap eller drift har krav på konsesjon. Eier kan fritt velge eierform. Så langt er det etablert fire større kjeder.

Høsten 2000 var det etablert ca 390 apotek i Norge. Pr 21. mai 2001 var antallet økt til 430, medregnet apotek det er søkt konsesjon for, men som ikke var kommet i drift på det tidspunktet.

Nye eierformer, økt konkurranse og knapphet på farmasøyter skjerper kravene til myndighetenes tilsynsaktivitet. Gjennom tilsynsvirksomheten ønsker myndighetene dessuten å inspirere apotekene til virksomhet som bidrar til kunnskap og kompetanse om legemidler til beste for folkehelsen og rasjonell legemiddelbruk i samfunnet.

Konkurranseaspektet inngår som et moment ved praktiseringen av konsesjonspolitikken. Det er etablert et samarbeid mellom apotekforvaltningen og Konkurransetilsynet i saker om apoteketablering.

Apotekenes inntekter kommer fra salg av legemidler og handelsvarer. Handelsvarer utgjør normalt 10-15 pst. av omsetningen. Driftsresultatet på de enkelte apotek varierer mye, avhengig av befolkningsunderlag og derved salgets størrelse og sammensetning, lokalkostnader og utgifter til nødvendige investeringer.

Samlet regnskap for samtlige private apotek (i 1 000 kr)

	1997	1998	1999	2000
Netto varesalg	7 200 377	7 947 473	8 823 490	9 532 839
Sum kostnader	6 976 224	7 641 520	8 493 602	9 199 223
Res. før driftsstøtte	224 153	305 953	329 888	333 616
Ettergitt avgift	434	0	0	0
Tilskudd	6 230	5 057	4 841	5 429
Res. etter driftsstøtte	230 817	311 010	334 728	339 045
Gj.snitt pr. apoteker:				
Res. Før driftsstøtte	900	1 229	1 306	1 301
Res. Etter driftsstøtte	927	1 249	1 325	1 322

Alle apotek, uansett eierform, er underlagt statlig fastsettelse av maksimalavanse på reseptpliktige legemidler. Maksimalavanse fastsettes av departementet, etter en samlet vurdering av næringens inntjening og tjenestetilbud.

Apotekenes resultater har ligget på historisk toppnivå i perioden 1998-1999, med gjennomsnittlig resultat pr apoteker på ca 1,3 mill kroner. De sterke resultatene har vært dempet gjennom reduksjoner i apotekenes maksimale avanser. Sammen med den generelle prisnedgangen som fulgte av ny politikk for fastsettelse av maksimalpriser for reseptpliktige legemidler, innført 1. juli 2000, har dette ledet til at apotekresultatene i 2000 ble på samme nivå som året før. Ny apoteklov trådte i kraft 1. mars 2001. Loven gir apotekene anledning til å foreta generisk substitusjon (utlevere generisk likeverdig preparat i stedet for reseptpålydende) såfremt legen ikke aktivt har motsatt seg dette på resepten. Den såkalte gevinstdelingsmodellen i apotekenes avansesys-

tem innebærer at apoteket og kunden deler en oppnådd rabatt fra apotekets leverandør. Dette gir apotekene insentiver til å foreta slike bytter i tilfeller der det generiske alternativet er billigere enn reseptpålydende. Departementet mener at generisk substitusjon har funnet sted i mindre utstrekning enn det er grunnlag for. Departementet anser det som fordelaktig om substitusjonsomfanget øker, slik at konkurransen mellom legemiddelfirmaene blir mer effektiv. Dette vil over tid lede til lavere priser generelt, hvilket gagnar publikum.

Den lave substitusjonsgraden viser at det er et uutnyttet potensiale i apoteknæringen. Departementet finner derfor grunnlag for å redusere apotekenes maksimalavanser, slik at apotekenes insentiver til å foreta generisk bytte styrkes. Avansejusteringen vil isolert sett gi en innsparing for folketrygden på 21 mill kroner. Dersom substitusjonsgraden øker, slik som forutsatt, vil ytterligere innsparinger oppstå over tid.

Post 70 Tilskudd til apotek m.m.

Samlet foreslås en bevilgning på 76 800 000 kroner for 2002. Bevilgningen foreslås fordelt som følger:

Tilskudd til apotek

Statens tilskudd er øremerket apotek med liten omsetning og som er beliggende i utkant-Norge. Videre vil apotek som utfører bestemte samfunnsfunksjoner kunne motta statlig tilskudd. Det gis

også tilskudd til Institutt for energiteknikk (IFE) for å dekke de samfunnsfunksjoner som instituttet utfører i forbindelse med omsetning av radiofarmaka. De nødvendige tilskuddsmidler tas inn i form av en særlig avgift på legemiddelomsetningen, jf. kap 5577.

Ny apoteklov ventes ikke å endre behovet for driftstilskudd. Det må likevel påregnes enkelte justeringer i kriteriene for tildeling av støtte for å sikre en fortsatt god og hensiktsmessig støtteordning, slik at hele landets befolkning kan nyte godt av et høykvalitets apotektilbud.

Driftsstøtte, apotekavgift og resultat (1000 kr)

	1990	1995	1997	1998	1999	2000
Driftsstøtte	33 169	6682	9683	6896	6899	5 565
Apotekavgift	62 419	83 956	74 169	74 377	94 966	92 728
Resultat etter driftsstøtte, næringen totalt	201 630	245 063	230 817	310 999	334 728	309 374

Stipendier

Posten dekker stipendier som utbetales etter søknad til farmasøytiske kandidaters og reseptarers etterutdannelse, samt tilskudd til litteratur og trykningsutgifter. Det gis også støtte til å arrangere etterutdannelseskurs.

Tilskudd til fraktfusjon av legemidler

Intensjonen bak ordningen er at pasienter som enten er for syke eller som har uforholdsmessig lang vei til nærmeste apotek, skal få sine legemidler tilsendt vederlagsfritt. Det er forutsatt at forsendelsene skal skje på en kostnadseffektiv måte. Ordningen skal ikke benyttes av apotekene som ordinær service eller salgsfremmende tiltak overfor pasienter/kunder.

Fraktfusjonsordningen finansieres gjennom en særskilt legemiddelavgift, jf. kap. 5577. Utgiftene i forbindelse med fraktfusjoner var i 2000 46 mill. kroner.

Institutt for farmakoterapi ved Universitetet i Oslo

Sosial- og helsedepartementet gir tilskudd til driften av Institutt for farmakoterapi ved Universitetet i Oslo.

Tilskudd til regionale legemiddelsentra

Faglig forsvarlig og riktig bruk av legemidler (rasjonell legemiddelbruk) er et sentralt element i norsk legemiddelpolitikk. Arbeidet med produsentuavhengig legemiddelinformasjon må styrkes, og i større grad nå ut til helsepersonell og publikum. Dette sees i sammenheng med at utfordringene på legemiddelområdet blir større med et mer komplekst og sammensatt legemiddelmarked. Den medisinsk-teknologiske utviklingen gjør det mer krevende for helsepersonell å holde seg tilstrekkelig faglig oppdatert om endringer på legemiddelområdet i en travel klinisk hverdag.

Det ble i 2001 opprettet en RELIS-enhet også i Helseregion Øst-Norge. Alle landets helseregioner har nå en egen RELIS-enhet. Ved formidling av produsentuavhengig legemiddelinformasjon og aktivt samarbeid med helsepersonell i regionen skal sentrene bidra til rasjonell legemiddelbruk. Sentrene skal formidle informasjon og økt bevissthet om legemidler for å optimalisere bruken både til den enkelte pasients og samfunnets beste.

Bivirkningsovervåking er et sentralt felt innenfor legemiddelområdet. Det er viktig at det skjer en tett oppfølging så nær pasienten som mulig. Reduserte bivirkninger bedrer livskvaliteten for pasientene, og bidrar til mer effektiv ressursbruk i samfunnet totalt sett. Departementet vil vurdere

å etablere et nytt system for å registrere bivirkninger regionalt hvor også RELIS-enhetene har en rolle.

Økt kapasitet ved farmasistudiet ved Universitetet i Tromsø

Sosial- og helsedepartementet har ønsket å styrke kapasiteten ved farmasistudiet i Tromsø for å bedre tilgangen på farmasøyter. Av den grunn vil Sosial- og helsedepartementet finansiere totalt 16 studieplasser ved Universitetet i Tromsø.

Kap. 3751 Apotekvesenet (jf. kap. 751)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
03	Tilbakebetaling av lån	674	212	200
	Sum kap 3751	674	212	200

Eierskifter har i 2001 ledet til ekstraordinære innbetalinger av lån. Foreløpige tall antyder at det vil bli innebtalt 1,75 mill kroner i 2001, mot budsjetterte 0,2 mill kroner. Denne ekstraordinære innbetalingen innebærer at fremtidige innbetalinger vil bli tilsvarende redusert.

Under gammel apoteklov ga staten etter søknad støtte i form av rentefritt lån ved etablering av nye apotek, overtakelse av apotek eller ved ombygging/oppgradering/flytting av apotekbygg o.l. Tilskudd ble gitt for en periode på inntil fem år og gjalt for alle apotek. Ordningen vil under ny apoteklov begrenses til å gjelde apotek som befinner seg i områder der driftsstøtte kan

gis, og som tilfredsstiller nærmere krav som vil bli spesifisert av Statens legemiddelverk

Størrelsen på støtten til apoteker blir bestemt ut fra en individuell vurdering av søknad fra apoteker. Støtten ansees som gjeld etter skattelovens § 36, første ledd. Lånet er rentefritt. Hvis støttebehovet ikke går over fem år, starter tilbakebetaling året etter siste støtteår med en nedbetalingstid på 10 år. Avdragene forfaller til betaling 1. juni og 1. desember. Lånet kan nedbetales raskere. Når låntaker går av med pensjon må lånet innfris. Fra og med driftsstøtte utbetalt i 1998 må lånet innfris også dersom låntaker av andre årsaker slutter som apotekeier.

Kap.2480 Rikshospitalets apotek

(i 1 000 kr)

Underpost	Betegnelse	Regnskap 2000	Vedtatt budsjett 2001	Forslag 2002
24.1	Driftsinntekter	-118 296	-124 607	
24.2	Driftsutgifter	118 503	124 544	
24.3.	Renter	3	3	
24.4	Avskrivninger	60	60	
	Sum kap. 2480.24	270	0	

Det vises til Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) om sykehusreformen hvor sykehusapotekene omfattes av ordningen, jf kap. 732 Regionale helseforetak.

Resultatrapport 2000

Apoteket flyttet med Rikshospitalet til nye lokaler på Gaustad våren 2000. Det var større aktivitet ved sykehuset i flytteperioden enn forutsatt, og

dette førte til høyere aktivitet og mindre innteksttap enn forventet ved apoteket.

Apoteket nådde de mål som var satt og opprettholdt levering av legemidler til Rikshospitalet og serviceproduksjon (kreftmedisin, antibiotika og intravenøse ernæringsblandinger) til den enkelte pasient både før, under og etter flyttingen. Apoteket måtte flytte før lokalene til produksjonsavdelingen var ferdige, og ved utgangen av året var det fortsatt noe arbeid som gjensto. Dette har ført til at apotekets produksjon av legemidler i stor skala har vært redusert etter flyttingen.

Apotekets brutto omsetning økte med 1 % i 2000 til 150 mill kr. (inkl. mva). Økningen er mindre enn foregående år og betydelig mindre enn i apotekvesenet generelt. Dette skyldes redusert aktivitet som følge av flytting. Rikshospitalet er medlem av den fylkeskommunale innkjøpsordnin-

gen (LIS) som inngår avtaler om innkjøp av legemidler på anbud. Det praktiske arbeidet med innkjøp gjøres av Rikshospitalets apotek. Innkjøp av legemidler på anbud førte til at Rikshospitalet sparte 8,4 mill kroner i 2000 (1999: 7,4).

I 2000 fikk apoteket tilskudd til flytterelaterte utgifter i form av flyttebevilgning som ble gitt til Rikshospitalet. Det var imidlertid vanskelig å beregne alle utgiftene, og årets resultat etter kontantprinsippet ble et underskudd på 1,2 % av omsetningen. Underskuddet ble dekket av Rikshospitalet.

Det har også i 2000 vært tett oppfølging fra Sosial- og helsedepartementet og Riksrevisjonen etter implementering av nytt økonomireglement i 1999. Apotekets bedriftsøkonomiske kapasitet økes for å kunne fokusere sterkere på de forretningsmessige sider av driften.

Resultatutvikling ved Rikshospitalets apotek 1997-99 og mål 2000-2001

Perspektiv	Indikator	Resultat 1998	Resultat 1999	Resultat 2000	Mål 2001	Mål 2002
Kunde	Leveringsdyktighet mot sykehus	97 pst.	97 pst.	97 pst.	97 pst.	97 pst
	Klager fra sykehuset (reklamasjoner)	0,1 pst.	0,1 pst.	0,07 pst.	<0,1 pst.	<0,1 pst
Produktivitet	Antall varelinjer til sykehuset (i 1000)	117	117	102	120	120
	Reseppter ekspedert (i 1000)	51	47	48	54	54
	Produksjoner i stor skala (1000enheter)	156	117	61	100	150
Økonomiske	Driftsresultat etter kontantprinsippet før overføring til Rikshospitalet	1,5 pst.	-0,4 pst.	-1,5 pst		
	Andel anbudsinnkjøp til sykehuset i pst	36	30	31	40	36
Vekst og utvikling	Antall publikasjoner i vitenskapelige tidsskrifter	2	2	4	2	2
	Antall hovedfagsstudenter i farmasi	2	1	0	2	2

Kap.2481 Radiumhospitalets apotek

(i 1 000 kr)

Underpost	Betegnelse	Regnskap 2000	Vedtatt budsjett 2001	Forslag 2002
24.1	Driftsinntekter	-57 441	-56 300	
24.2	Driftsutgifter	57 813	56 158	
24.3	Renter	28	25	
24.4	Avskrivninger	117	117	
	Sum kap. 2481, post 24	517	0	

Det vises til Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) om sykehusreformen hvor sykehusapotekene omfattes av ordningen, kap. 732 Regionale helseforetak.

Resultatrapport 2000

Apotekets driftsresultat var på 0,5 pst. av omsetningen (0,3 mill. kroner). Overskuddet ble overført til DNR. Omsetningsøkningen var på 6 pst. fra 1999. Andel anbudsinnkjøp til sykehuset var på 75 pst. og DNR sparte 9 mill. kroner ved å kjøpe legemidler på anbud i 2000.

Apoteket inngår avtale med DNR om levering av legemidler, farmasøytiske tjenester og kompetanse. Apoteket opprettholdt høy leveringsdyktighet i 2000 og videreførte arbeidet med å kvalitets sikre legemiddelhåndteringen og redusere sykehusets legemiddelutgifter. Prosessen med oppgradering av produksjonsrommet for cytostatika til GMP-standard (Good Manufacturing Practices), har vært ressurskrevende. Ombyggingen startet i slutten av november 2000 og ble ferdigstilt i juni 2001. Overgang til nytt økonomisystem har krevd økt administrativ innsats og styrking av økonomifunksjonen.

Resultatutvikling ved Radiumhospitalets apotek 1998-2000 og mål 2001-2002

Perspektiv	Indikator	Resultat 1998	Resultat 1999	Resultat 2000	Mål 2001	Mål 2002
Kunde	Leveringsdyktighet mot sykehus (legemiddelpreparater)	99,8 pst.	99,9 pst.	100 pst.	99 pst.	99 pst
	Reklamasjoner					
	– distribusjon	0,02 pst.	0,06 pst.	0,05 pst.	<0,1 pst.	<0,1 pst
	– produksjon	0,13 pst.	0,11 pst.	0,1 pst.	<0,1 pst.	<0,1 pst
	Oppklaring av feil og uklarheter ved bestillinger					
	– resepter	5,6 pst.	5,6 pst	5,4 pst	Reduksjon	Reduksjon
	– produksjon	10 pst.	7,2 pst	9,7 pst		
Produktivitet	Antall varelinjer ¹⁾ (i 1000)	64,4	72,8	110 ²⁾	120	120
	Reseptordinasjoner (i 1000)	22,7	22,2	22,7	23	23

Perspektiv	Indikator	Resultat 1998	Resultat 1999	Resultat 2000	Mål 2001	Mål 2002
Økonomiske	Produksjon til enkeltpasienter (i 1000)	17,7	17,5	17,2	18	18
	Driftsresultat etter kontant- prinsippet før overføring til Radiumhospitalet	0,2 pst.	1 pst	0,5 pst	0	0
	Andel anbudsinnkjøp til Radiumhospitalet	84 pst.	75 pst.	75 pst.	75 pst.	75 pst
Vekst og utvikling	Antall publikasjoner	Ikke målt	3	0	1	1
	Antall hovedfagsstudenter / spesialiststudenter	1	2	0	1	1

¹⁾ Inkl. varelinjer fra væskelager og prod. enheter

²⁾ Fra år 2000; pakninger

Kap. 5577 Avgift til staten av apotekenes omsetning (jf. kap. 751)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
70	Avgift	104 578	105 300	131 300
	Sum kap 5577	104 578	105 300	131 300

Apotekene skulle etter § 38 i lov av 21. juli 1963 om drift av apotek m.v. betale avgift på legemiddelsalget til statskassen. Bestemmelsen ble opprettholdt i den nye apotekloven, se lov av 2. juni 2000 nr. 39 om apotek § 9-3. Avgiftsinntektene ble i sin tid plassert i det daværende apotekavgiftsfondet. Fondet var ment å være en buffer for svingende tilskuddsbehov i næringen. I år med større tilskudd enn avgiftsinngang var det forutsatt at man skulle avkreve fondet for differansen mellom avgiftsinngang og tilskuddsbehov. Det viste seg at det ikke ble behov for fondet, og at det derfor gikk med overskudd. Overskuddet ble bl.a. benyttet til å finansiere nybyggene til Statens institutt for folkehelse og Statens Rettstoksikologiske institutt samt hovedfinansiering av nybygg ved Universitetet i Tromsø i forbindelse med utdanning av farmasøyter ved universitetet. Fondet ble avvirket i 1997, begrunnet i at fondets midler i sin helhet er disponert og i ønsket om å unngå det merarbeid som var knyttet til budsjett og regnskapsføring i forhold til fondet.

De senere års økonomiske utvikling i næringen har igjen ledet til et misforhold mellom avgiftsinngang og utgifter som avgiften opprinne-

lig var ment å dekke. I dag har avgiften, sammen med reguleringen av apotekavansen, også en viktig funksjon i myndighetenes overordnede regulering av de økonomiske rammevilkårene for apoteknæringen. Det er derfor lite naturlig å opprettholde målsettingen om å la apotekavgiften være reservert tiltak som er nært knyttet til apoteknæringen.

Avgiften for 2000 var satt til 89,3 mill. kroner, basert på følgende satser for den avgiftspliktige omsetningen i 2000:

- av de første kr 17 000 000, ingen avgift
- av de neste kr 8 000 000, 2,1 pst.
- av de neste kr 10 000 000, 3,5 pst.
- av resten, 4 pst.
- det gis et bunnfradrag på 6 mill. kroner for hvert filialapotek i avgiftsgrunnlaget.

Apotekavgiften tas inn i form av forskuddsavgift og restavgift.

Grunnlaget for beregning av avgift er apotekets (inkl. eventuelle filialers) legemiddelomsetning. Øvrig omsetning holdes utenfor avgiftsgrunnlaget.

I Ot.prp. nr. 61 (2000-2001) foreslo departementet å legge om avgiftssystemet fra en progressive avgift innkrevd på apoteknivå til en flat avgift innkrevd på grossistnivå. Stortinget ga sin tilslutning til forslaget i Innst.O. nr. 93 (2000-2001).

Departementet foreslår at avgiftssystemet legges om med virkning fra 1. januar 2002.

Departementet foreslår en avgiftsinngang på 131,3 mill kroner i 2002 gjennom å legge en avgift på 1,4 pst på apotekenes reelle innkjøpspris på legemidler. Inntektene vil dekke de ordinære utgifter til tilskudd til fraktfusjon av legemidler, drift av RELIS-enhetene, stipendier og tilskudd til det private apotekvesen m.v. Avgiften inntektsføres under kap. 5577, post 70.

Programkategori 10.90 Helse- og sosialberedskap

Utgifter under programkategori 10.90 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
0797	Helse- og sosialberedskap	12 093	12 000	12 300	2,5
	Sum kategori 10.90	12 093	12 000	12 300	2,5

Utgifter under programkategori 10.90 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post- gr.	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002	Pst. endr. 01/02
01-23	Statens egne driftsutgifter	12 093	12 000	12 300	2,5
	Sum kategori 10.90	12 093	12 000	12 300	2,5

Kap. 0797 Helse- og sosialberedskap

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2000	Saldert bud- sjett 2001	Forslag 2002
01	Driftsutgifter	12 093	12 000	12 300
	Sum kap 0797	12 093	12 000	12 300

Helse- og sosialberedskapen bygger på virksomhetsideen til det sivile beredskap (St.meld. nr. 24, 1992-93): «Det sivile beredskap skal, med sikte på kriser og krig, sørge for at samfunnet fungerer mest mulig normalt, gi befolkningen størst mulig sikkerhet for liv, helse og velferd, samt yte støtte innenfor rammen av det norske totalforsvar.»

Helse- og sosialberedskap er integrert i sektoren og er i hovedsak finansiert over de ordinære driftsbudsjetter. Bevilgningen over kap. 797 omfatter særlige beredskapstiltak og delfinansiering av tiltak over driftsbudsjettene. På grunn av sammenhengen mellom tiltakene er enkelte beredskapstiltak som finansieres over de ordinære driftsbudsjetter omfattet av fremstillingen.

Formål og hovedprioriteringer

Helseberedskap

Helseberedskapen skal, med sikte på kriser i fred og i krig, verne befolkningens helse, sørge for nødvendig medisinsk behandling, pleie og rehabilitering, samt yte slike tjenester innenfor det sivil-militær samarbeid.

Sosialberedskap

Sosialberedskapen skal, med sikte på kriser i fred og i krig, best mulig opprettholde befolkningens velferd, yte midler til livsopphold, sørge for pleie, omsorg, praktisk hjelp, avlastning og informasjon

til dem som er avhengig av dette. Dette skal skje i samarbeid med andre og innen rammen av det sivil-militære samarbeid.

Trygdeberedskap

Trygdeberedskapen skal, med sikte på kriser i fred og i krig, sørge for en forvaltning slik at trygdeetaten i størst mulig grad fortsatt kan oppfylle de lovbestemte krav som befolkningen har på inntektssikring og kompensasjon for bestemte utgifter.

Resultatrapportering 2000/2001 – satsingsområder i 2002

Oppdatering av organisering og ansvarsforhold:

Ot.prp. nr. 89 (1998-99) om lov om helsemessig og sosial beredskap ble vedtatt av Stortinget juni 2000, jf. Innst. O. nr. 79 (1999-2000). Lov av 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap trådte i kraft 1. juli 2001. Samtidig trådte det i kraft beredskapsbestemmelser i flere andre lover. Lovens krav om at det skal utarbeides en beredskapsplan for helse- og sosialtjenestene mv. skal være oppfylt innen 1. juli 2003.

I forbindelse med Stortingets vedtagelse av spesialisthelsetjenestereformen ble lov om helsemessig og sosial beredskap endret, jf. Ot. prp. nr. 66 (2000-2001). Fra 1. januar 2002 overtar de regionale helseforetakene fylkeskommunenes ansvar for beredskap i spesialisthelsetjenesten og fylkeskommunenes samordningsansvar for beredskapsplanleggingen.

Lov 12. mai 2000 nr. 36 om strålevern og bruk av stråling omfatter også bestemmelser om atomulykkesberedskap. Loven trådte i kraft 1. juli 2000. Implementering av Kgl.res av 26. juni 1998 – nytt mandat for sentral og regional organisering av atomulykkesberedskapen – blir videreført i år 2002.

Omorganiseringen av den sentrale helse- og sosialforvaltning vil medføre endringer i oppgave- og ansvarsfordeling på beredskapsområdet mellom departementet og de underliggende virksomheter i tråd med ansvarsprinsippet.

Lov om helsemessig og sosial beredskap fastlegger ansvarsprinsippet som grunnlag for beredskapsarbeidet innenfor sektoren. Den virksomhet som har ansvaret for en tjeneste har derfor også ansvaret for beredskapsforberedelser og ansvaret for å kunne tilby tjenester under kriser. Loven pålegger kommuner, fylkeskommuner og staten plikt til å utarbeide beredskapsplan for de helse-

og sosialtjenester de er ansvarlig for. Loven pålegger sykehus, vannverk og næringsmiddelkontrollen selvstendig plikt til å utarbeide beredskapsplan for sin virksomhet. Et målrettet arbeid med risiko- og sårbarhetsanalyser og beredskapsplaner i de ulike deler av helse- og sosialtjenestene vil danne et godt grunnlag for et forsvarlig tjenestetilbud ved en krise, katastrofe eller krig. Den nye statlige spesialisthelsetjenesten vil spille en viktig rolle i dette arbeidet, jf. Ot. prp. nr. 66 (2000-2001).

Departementet vil arbeide for at den nye lov om helsemessig og sosial beredskap gjennomføres og følges opp. Tilsynsmyndighetene vil spille en viktig rolle når det gjelder og gi råd og veiledning. Departementet vil også vurdere andre tiltak, herunder informasjonstiltak.

Det finnes beredskapsoppgaver som er av en slik karakter, enten i innhold eller omfang, at det er naturlig at staten sentralt tar et ansvar for at disse oppgavene ivaretas for hele nasjonens beste. Et eksempel på en oppgave som i dag ivaretas sentralt er det nasjonale beredskapslageret for legemidler som for tiden finnes ved Norsk Medisinaldepot ASA.

Departementet vil arbeide videre med å fastlegge omfang og innretning av den beredskap staten sentralt bør ha ansvaret for med sikte på at den totale nasjonale beredskapen innenfor sektoren skal være tilfredsstillende.

Beredskapsplaner

Sosial- og helsedepartementet har innført internkontroll og kvalitetsstyring i beredskapsplanleggingen. Departementet fortsetter i 2002 arbeidet med å integrere beredskapsplanleggingen i sektorens ordinære virksomhet som en integrert del av oppfølgingen av lov om helsemessig og sosial beredskap.

I perioden 1998-2001 er det gjennomført et internkontrollprosjekt i Vestfold, ledet av fylkeslegen i Vestfold. Prosjektet danner et godt grunnlag for erfaringsoverføring til andre fylker.

Det er i 2001 gitt støtte til et treårig prosjekt i Helseregion Vest som bl.a. har som mål å utarbeide en regional delplan innen helsemessig beredskap.

Det er også gitt støtte til andre risiko- og sårbarhetsprosjekter i sykehus.

I 2000 har departementet ved Statens strålevern ferdigstilt beredskapsplan for Kriseutvalget ved atomulykker, Kriseutvalgets faglige rådgivere og sekretariat. Det gjenstår fortsatt noe arbeid i

de ulike sektorene for å utvikle beredskapsplaner for håndtering av eventuelle ulykker.

Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa ble fastsatt av departementet i januar 2001 på grunnlag av et forslag utarbeidet av Statens institutt for folkehelse og Statens helsetilsyn.

Som en del av arbeidet med IT-sikkerhet arbeider Rikstrygdeverket med å ajourføre trygdeetatens beredskapsplaner. Arbeidet videreføres i år 2002.

Statens næringsmiddeltilsyns (SNT) program for overvåkning av radioaktivitet i levende dyr, slakt og «matkurv» (Lorakonprogrammet) er under evaluering. SNT vil i 2002 revidere sin beredskapsplan og knytte den sammen med de lokale næringsmiddeltilsynenes beredskapsplaner, bl a gjennom en varslingsplan.

Kompetanseheving – øvelser

Departementet har tidligere utgitt en kompetanseplan i beredskap, for å systematisere gjeldende opplæringstiltak og heve beredskapskompetansen i sektoren. I 2002 vil departementet starte et nytt arbeid med en handlingsplan for beredskapskompetanse innenfor sektoren som et element i oppfølgingen av ny lov om helsemessig og sosial beredskap.

For å bidra til å øke befolkningens kunnskap i førstehjelp har Statens helsetilsyn i flere år bevilget midler til førstehjelpskurs i regi av frivillige organisasjoner. Bevilgningen vil bli videreført i 2002.

For å stimulere til en økt øvelsesaktivitet og samtidig berede grunnen for ny lov om helsemessig og sosial beredskap, har 24 helsevirksomheter fått økonomisk støtte til planlegging og gjennomføring av beredskapsøvelser.

I flere år er det arrangert kurs i behandling av pasienter som har vært utsatt for ulykker med gass eller kjemiske stoffer. Kurset har deltakere fra de fleste større sykehusene i Norge. Også disse kursene vil bli videreført i 2002.

Statens strålevern vil videreføre opplærings- og øvelsestiltak for alle nivåer av atomulykkesberedskapen i 2002. Beredskap ift. strålingsulykker ved norske atomanlegg og anløpssteder for reaktorfartøy gjennomgås separat.

Kursk-ulykken i august 2000 medførte omfattende innsats fra Kriseutvalget ved atomulykker og dets faglige rådgivere. Selve ulykkeshåndteringen og den videre oppfølging i etterkant av ulykken, samt diverse etterarbeider har bidratt til å heve kompetansen innenfor atomulykkesberedskapen.

Statens institutt for folkehelse (Folkehelsa) har i 2001 publisert en ny utgave av Smittevern håndbok for kommunehelsetjenesten som er viktig for kommunehelsetjenestens smittevernberedskap.

På grunn av arbeidet med oppklaring av flere reelle utbrudd av smittsomme sykdommer har det ikke vært nødvendig å avholde egne smittevernøvelser.

Folkehelsa har i 2001 økt sin kompetanse på området biologisk terrorisme. Arbeidet videreføres i 2002 med tanke på rådgivning og assistanse til kommunehelsetjenesten ved dens utarbeidelse av smittevernplaner som også dekker bioterrorisme.

Folkehelsa har i samarbeid med nordiske søsterinstitutter intensivert kontakten og kunnskapsutvekslingen med russiske og baltiske smitteverninstitutter. Arbeidet videreføres i 2002 blant annet med implementering av et system for tidlig varsling av alvorlige utbrudd av smittsomme sykdommer. Folkehelsa deltar i EUs system for tidlig varsling av smittsomme sykdommer, og vil i løpet av 2002 delta i EUs utrykningsstyrke for oppklaring av epidemier.

Legemiddelberedskap

I tråd med ansvarsprinsippet som er nedfelt i lov om helsemessig og sosial beredskap av 23. juli 2000, skal den fremtidige legemiddelberedskapen hvile på at tilbydere av helse- og sosialtjenester selv sørger for å kunne fortsette sin produksjon dersom en krise eller katastrofe skulle inntreffe.

Det finnes imidlertid oppgaver innenfor legemiddelberedskapen som er av en slik karakter, enten i innhold eller omfang, at staten sentralt tar et ansvar, slik at disse oppgavene ivaretas for hele nasjonens beste. Departementet vil i 2002 arbeide videre med å fastlegge omfang og innretning av den statlige sentrale legemiddelberedskapen med sikte på at den totale nasjonale legemiddelberedskapen innenfor sektoren skal være tilfredsstillende.

I 1997 avleverte Statens helsetilsyn en analyse av legemiddelberedskapen hvor de foreslo styrking av- samt etablering av mer kostnadseffektive beredskapsløsninger for legemiddelberedskapen, bl.a. gjennom økt satsing på industrieredskap, krisehandelsavtaler og samling av legemiddelressursene for rullering på importør-/grossistnivå.

Norsk Medisinaldepot har siden 1970-tallet hatt et kriselager av legemidler på vegne av norske helsemyndigheter. I St. prp. nr. 46 (1998-99)

om salg av aksjer i Norsk Medisinaldepot AS fremgår det at Sosial- og helsedepartementet skal legge ansvaret for etablering og drift av et eget beredskapslager ut på anbud blant grossistene.

Med bakgrunn i Stortingets føringer har Statens helsetilsyn på oppdrag fra departementet foretatt en fornyet gjennomgang av behovet for et statlig legemiddellager samt vurdert lagerets sammensetning. Etter oppdrag gitt fra departementet, vil Statens helsetilsyn også forestå anbudsprosessen.

Materiellberedskap

Statens helsetilsyn har, på oppdrag fra departementet, gjennomført et prosjekt hvor de har vurdert beredskapen for medisinsk materiell (Materiellberedskapsprosjektet). Prosjektet har vurdert behovet for en ny strategi når det gjelder beredskap av medisinsk utstyr og materiell. Videre har prosjektet foretatt en gjennomgang av de beredskapslagrene som ble etablert på 1950 tallet med sikte på å kartlegge utstyrets generelle tilstand og funksjonelle verdi i dag. Rapport fra prosjektets analysefase ble lagt frem for departementet i mars 2000. En hovedkonklusjon er at den løpende forsyning av helsemateriell er sårbar. Helsetjenesten bør derfor gjøres mer robust, ved å bygge inn forsyningssikkerhet i avtaleverk med leverandører og i sektorens ordinære logistikkssystemer. I tillegg påpekes et generelt behov for å forbedre beredskapsplaner og utstyr. Prosjektet har også lagt fram forslag til videre håndtering av de gamle lagrene fra 1950 tallet. Etter å ha vurdert rapporten ba departementet Helsetilsynet om ytterligere utredning av enkelte spørsmål. En tilleggsrapport forelå i mars 2001. Departementet legger opp til å følge opp forslagene i rapporten bl. a. gjennom den kommende stortingsmelding om samfunnsikkerhet og beredskap. En oppfølging av rapporten vil være ressurskrevende og vil pågå over flere år fremover.

I sammenheng med Statens næringsmiddeltilsyns (SNT) evaluering av programmet for overvåking av radioaktivitet i næringsmidler vil SNT, i samarbeid med Statens strålevern, utarbeide en plan for utskifting av Lorakon-målestasjonene og plasseringen av disse.

Tilstandsvurdering

Beredskapsplaner

Lov om helsemessig og sosial beredskap innebærer plikt til å gjennomføre risiko- og sårbarhetsa-

nalyser og utarbeide beredskapsplaner. Kravet om å ha beredskapsplaner skal være oppfylt innen 1. juli 2003.

Helse- og sosialtjenestene skal i en krisesituasjon kunne treffe beslutninger om disposisjon av egne ressurser og forholde seg til andre deler av helse- og sosialtjenestene, samt andre myndigheter med ansvar for krisehåndtering. Fylkeskommunene og fra 1. januar 2002 de regionale helseforetakene har ansvaret for å koordinere beredskapsplanene. Departementet forventer at dette vil styrke arbeidet med beredskapsplanlegging på regionalt og lokalt plan slik at helse- og sosialtjenestene skal bli i stand til å kunne fortsette å tilby tjenester ved en krise eller katastrofe.

Erfaringer fra Sleipner-havariet og Åsta-ulykken kan tyde på at helsetjenestens beredskap for å takle katastrofesituasjoner er god. Gjennom år 2000 forberedelsene ble det rettet fokus mot problemer som kan oppstå ved svikt i vital infrastruktur (strøm, telekommunikasjon, vannforsyning osv.) og som vil ha stor betydning for helsetjenestens evne til å utføre sine oppgaver. Mye ble forbedret. Det gjenstår likevel en del før helsetjenesten har et tilfredsstillende beredskapsnivå også for svikt i vital infrastruktur.

Totalberedskapen forutsetter også overordnede retningslinjer fra sentrale myndigheter og en nær samordning mellom sivil og militær sektor på helseberedskapsområdet, eksempelvis med sikte på å forvalte sivile og militære ressurser i sammenheng – personell-, legemidler- og materiell.

Parallelt med arbeidet med ny lov om helsemessig- og sosial beredskap vil departementet stimulere til samordning av beredskapsplaner og øvelser på alle nivåer innenfor helse-, sosial og trygdesektoren. Tilsyn med planverket og tilhørende øvelser vil kreve økte ressurser. Arbeidet vil gå over flere år.

Økt sårbarhet vedrørende forsyningsforstyrrelser

Helsevesenet har i dag begrensede forbrukslagre. Hyppige og presise leveranser er nødvendig for å sikre optimal drift i en normalsituasjon. Planer for alternative leveranser finnes i svært begrenset omfang. Helsevesenet er derfor sårbart overfor svikt i leveranser eller ved uventet økt forbruk av medisinsk forbruksmateriell og legemidler. Legemiddelgrossister og produsenter handler etter "just in time-prinsippet", noe som bidrar til reduserte legemiddellagre på landsbasis. Av medisinsk utstyr/forbruksmateriell er det svært lite

som produseres i Norge, noe som gjør oss helt avhengige av leveranser fra utlandet.

Lov om helsemessig og sosial beredskap med forskrifter pålegger helse- og sosialtjenestene å ha tilstrekkelig sikkerhet for forsyning av viktige legemidler, utstyr og materiell, sett i forhold til risiko- og sårbarhetsanalyse og prinsippet om å sørge for forsvarlige helsetjenester.

Det er etablert begrensede beredskapslagre av medisinsk forbruksmateriell og legemidler med tanke på kriser og forsyningssvikt. Utstyret rulleres bl.a. gjennom internasjonale nødhjelpsaksjoner og gjennom grossistenes øvrige lagre. Beredskapslagrene som ble utplassert i 1950 årene rulleres ikke.

Bedre beredskap kan oppnås gjennom avtaler med legemiddelprodusenter og grossister, krisehandelsavtaler og sivile lagre, som bør vurderes samordnet med Forsvarets lagre. Det er behov for økte investeringer i legemidler og materiell for å sikre nødvendig leveringssikkerhet til sluttbruker.

Merknader til budsjettforslaget for 2001

Budsjettet for 2002 er en videreføring av budsjettet for 2001.

Sosial- og helsedepartementet

tilrår:

1. I St.prp. nr. 1 om statsbudsjettet for år 2002 føres opp de summene som er nevnt i et framlagt forslag:

a. Sum utgifter under kap 600-797, 2480, 2481	Kr	57 412 850 000
b. Sum inntekter under kap 3600-3751, 5527, 5577, 5578, 5631	Kr	432 447 000

Forslag til vedtak om bevilgning for budsjetterminen 2002, kapitlene 600-797, 3600-3751, 5527, 5577, 5578, 5631

I Utgifter:

Kap.	Post	Kr	Kr	Kr
Administrasjon				
0600	Sosial- og helsedepartementet (jf. kap. 3600)			
	01 Driftsutgifter	182 900 000		
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	6 600 000	189 500 000	
	Sum Administrasjon		189 500 000	
Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmisbruk m.v.				
0612	Statens institutt for rusmiddel- forskning (jf. kap. 3612)			
	01 Driftsutgifter	23 100 000	23 100 000	
0614	Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmisbrukere m.v.			
	21 Spesielle driftsutgifter	32 300 000		
	50 Norges forskningsråd	7 200 000		
	63 Utvikling av sosialtjenesten og rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	240 400 000		
	70 Tilskudd	39 200 000	319 100 000	
	Sum Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmisbruk m.v.		342 200 000	
Kontantytelser				
0660	Krigspensjon			
	70 Tilskudd, militære, <i>overslagsbevilgning</i>	279 000 000		
	71 Tilskudd, sivile, <i>overslagsbevilgning</i>	683 000 000	962 000 000	
0664	Pensjonstrygden for sjømenn			
	70 Tilskudd	178 600 000	178 600 000	
0666	Avtalefestet pensjon (AFP)			
	70 Tilskudd	589 000 000	589 000 000	
	Sum Kontantytelser		1 729 600 000	

Kap.	Post	Kr	Kr	Kr
Eldre og funksjonshemmede				
0670	Tiltak for eldre			
	61 Tilskudd til omsorgstjenester, <i>kan overføres</i>	50 800 000		
	70 Tilskudd til pensjonistenes organisasjoner m.m.	4 900 000		
	72 Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	5 800 000	61 500 000	
0673	Tiltak for funksjonshemmede			
	01 Driftsutgifter	11 500 000		
	60 Tilskudd til driftsomlegging	32 000 000		
	61 Oppfølging av ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming	890 400 000		
	62 Tilskudd til utskriving av unge funksjonshemmede, <i>kan overføres</i>	31 800 000		
	65 Prøveløslatelse, <i>kan overføres</i>	87 500 000		
	71 Tilskudd til Landsbystiftelsen	52 900 000		
	72 Tiltak for døvblinde	44 500 000		
	73 Tilskudd til likemannsarbeid	13 200 000		
	75 Tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner	87 900 000	1 251 700 000	
0674	Handlingsplan for funksjonshemmede			
	60 Tilskudd til assistenter for funksjonshemmede	45 600 000	45 600 000	
0675	Tiltak for eldre og funksjonshemmede			
	01 Driftsutgifter	13 300 000		
	21 Spesielle driftsutgifter	36 600 000		
	50 Norges forskningsråd	29 400 000		
	70 Tilskudd til spesielle formål	15 400 000	94 700 000	
0676	Kompetansesentra for funksjonshemmede			
	01 Driftsutgifter	6 700 000		
	21 Nasjonalt kompetansenettverk for autisme	16 100 000		

Kap.	Post	Kr	Kr	Kr
	70	Kompetansesentra m.m.	49 100 000	71 900 000
		Sum Eldre og funksjonshemmede		1 525 400 000
		Sosial- og helseforvaltning m.m.		
0700		Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 3700)		
	01	Driftsutgifter	240 500 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	500 000	241 000 000
0701		Forskning og forsøksvirksomhet		
	21	Spesielle driftsutgifter	119 600 000	
	50	Norges forskningsråd	32 700 000	152 300 000
0703		Helsetjenesten for innsatte i fengsel		
	60	Tilskudd til kommuner	67 200 000	67 200 000
0705		Kursvirksomhet og stipendier		
	60	Rekruttering m.m. av helsepersonell	34 800 000	
	61	Utdanningstiltak, turnustjeneste m.v.	110 300 000	
	71	Tilskudd til kurs og stipendier til personell innen helsevesenet m.m.	12 400 000	
	73	Bedriftsinterne videreutdanninger	20 300 000	177 800 000
0706		Sosial- og helsedirektoratet		
	01	Driftsutgifter	204 900 000	
	70	Tilskudd til frivillighetssentraler	54 450 000	
	71	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid, <i>kan overføres</i>	59 950 000	319 300 000
0707		Nasjonalt folkehelseinstitutt		
	01	Driftsutgifter	254 200 000	
	21	Formidlingsvirksomhet	116 900 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	6 200 000	377 300 000
		Sum Sosial- og helseforvaltning m.m.		1 334 900 000

Kap.	Post	Kr	Kr	Kr
Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering				
0711	Statens rettstoksikologiske institutt (jf. kap. 3711)			
	01 Driftsutgifter	47 100 000		
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	8 100 000	55 200 000	
0715	Statens strålevern (jf. kap. 3715)			
	01 Driftsutgifter	49 500 000		
	21 Oppdragsutgifter	31 000 000	80 500 000	
0716	Kreftregisteret (jf. kap. 3716)			
	70 Tilskudd	33 800 000	33 800 000	
0718	Rehabilitering			
	21 Spesielle driftsutgifter	18 350 000	18 350 000	
0719	Helsefremmende og forebyggende arbeid			
	01 Driftsutgifter	300 000		
	21 Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren, <i>kan overføres</i>	38 100 000		
	50 Norges forskningsråd	29 600 000		
	70 Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien og smittevern, <i>kan overføres</i>	26 600 000		
	71 Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap m.v.	17 200 000		
	72 Stiftelsen AAN-Alternativ til abort i Norge	12 100 000	123 900 000	
	Sum Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering		311 750 000	
Spesialisthelsetjenester				
0730	Statlig helsetjeneste			
	70 Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	13 250 000 000		
	71 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus m.v., <i>overslagsbevilgning</i>	3 450 000 000		
	72 Tilskudd til regionsykehus	1 985 000 000	18 685 000 000	

Kap.	Post	Kr	Kr	Kr
0732	Regionale helseforetak			
	21 IT og elektronisk samhandling m.m.	106 000 000		
	70 Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres</i>	28 800 000 000	28 906 000 000	
0739	Andre utgifter			
	21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>kan nyttes under post 75</i>	202 000 000		
	50 Norges forskningsråd	37 400 000		
	61 Tilskudd til driftsavtaler	36 000 000		
	70 Behandlingsreiser til utlandet	65 400 000		
	71 Tilskudd til Norsk Pasientforening m.fl.	4 700 000		
	72 Tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning	372 300 000		
	74 Reiseutgifter, turnuskandidater	9 100 000		
	75 Kreftbehandling m.m., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	347 200 000		
	76 Tilskudd til RIT 2000, <i>kan overføres</i>	445 600 000		
	77 Tilskudd til helsepersonellbemanning i luftambulansetjenesten	6 500 000	1 526 200 000	
	Sum Spesialisthelsetjenester		49 117 200 000	
	Psyisk helse			
0742	Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter			
	01 Driftsutgifter	22 000 000		
	70 Tilskudd	3 900 000	25 900 000	
0743	Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse			
	21 Spesielle driftsutgifter	25 300 000		
	62 Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, <i>kan overføres</i>	1 062 000 000		
	70 Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres</i>	236 800 000		
	72 Tilskudd til Modum bads nervesanatorium	71 900 000		

Kap.	Post	Kr	Kr	Kr
	73	Tilskudd til psykososialt arbeid for flyktninger, <i>kan overføres</i>	21 700 000	
	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	1 028 800 000	
	76	Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	158 600 000	2 605 100 000
0744		Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede		
	70	Fagenhet for tvungen omsorg	30 000 000	30 000 000
		Sum Psykisk helse		2 661 000 000
Legemidler				
0750		Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578)		
	01	Driftsutgifter	107 200 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	5 000 000	112 200 000
0751		Apotekvesenet (jf. kap. 3751 og 5577)		
	70	Tilskudd til apotek	76 800 000	76 800 000
		Sum Legemidler		189 000 000
Helse- og sosialberedskap				
0797		Helse- og sosialberedskap		
	01	Driftsutgifter	12 300 000	12 300 000
		Sum Helse- og sosialberedskap		12 300 000
		Sum departementets utgifter		57 412 850 000

Inntekter:

Kap.	Post	Kr	Kr	Kr
Diverse inntekter				
3600		Sosial- og helsedepartementet (jf. kap. 600)		
	02	Salg av publikasjoner m.v.	5 000	5 000
3612		Statens institutt for rusmiddel-forskning (jf. kap. 612)		
	02	Oppdragsinntekter	340 000	340 000

Kap.	Post	Kr	Kr	Kr
3700	Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 700)			
	02	Gebyrinntekter m.v.	10 300 000	
	70	Refusjon av kontrollutgifter	800 000	11 100 000
3706	Sosial og helsedirektoratet			
	02	Salgs- og leieinntekter	1 400 000	
	04	Gebyrinntekter	7 900 000	9 300 000
3707	Nasjonalt folkehelseinstitutt			
	02	Salgs- og leieinntekter	72 300 000	72 300 000
3711	Statens rettsstoksikologiske institutt (jf. kap. 711)			
	03	Diverse inntekter	800 000	800 000
3715	Statens strålevern (jf. kap. 715)			
	02	Salgs- og leieinntekter	1 400 000	
	05	Oppdragsinntekter	30 900 000	32 300 000
3739	Behandlingsreiser til utlandet (jf. kap. 739)			
	02	Egenandeler og refusjon	10 300 000	10 300 000
3750	Statens legemiddelverk (jf. kap. 750)			
	02	Gebyrinntekter	1 000 000	1 000 000
3751	Apotekvesenet (jf. kap. 751)			
	03	Tilbakebetaling av lån	200 000	200 000
		Sum Diverse inntekter		137 645 000
Skatter og avgifter				
5527	Vinmonopolavgiften m.m.			
	72	Gebyr på statlige skjenke- bevillinger	400 000	
	73	Vinmonopolavgiften	31 300 000	31 700 000
5577	Avgift til staten av apotekenes omsetning (jf. kap. 751)			
	70	Avgift	131 300 000	131 300 000
5578	Avgift på farmasøytiske spesial- preparater (jf. kap. 750)			
	70	Registreringsavgift	56 600 000	

Kap.	Post	Kr	Kr	Kr
	71	Kontrollavgift	42 100 000	98 700 000
		Sum Skatter og avgifter		261 700 000
		Renter og utbytte		
5631		Aksjer i A/S Vinmonopolet		
	80	Statens overskuddsandel	33 100 000	
	81	Utbytte	2 000	33 102 000
		Sum Renter og utbytte		33 102 000
		Sum departementets inntekter		432 447 000

Fullmakter til å overskride gitte bevilgninger

II

Merinntektsfullmakt

Stortinget samtykker i at Sosial- og helsedepartementet i 2002 kan:

overskride bevilgninger under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 600 post 01	kap. 3600 post 02
kap. 612 post 01	kap. 3612 post 02
kap. 700 post 01	kap. 3700 postene 02 , 03, 04 og 70
kap. 706 post 01	kap. 3706 post 02
kap. 707 postene 01 og 21	kap. 3707 post 02
kap. 711 post 01	kap. 3711 post 03
kap. 715 postene 01 og 21	kap. 3715 postene 02, 03 og 05.
kap. 716 post 01	kap. 3716 post 03

Fullmakter til å pådra staten forpliktelser utover gitte bevilgninger

III

Bestillingsfullmakt

Stortinget samtykker i at Sosial- og helsedepartementet i 2002 kan foreta bestillinger utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overskrider følgende beløp

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
707		Nasjonalt folkehelseinstitutt	
	01	Driftsutgifter	4 mill. kroner
	21	Formidlingsvirksomhet	70 mill. kroner

IV

Tilsagnsfullmakter

Stortinget samtykker i at Sosial- og helsedepartementet i 2002 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overskrider følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse/formål	Samlet ramme i mill kr
670		Tiltak for eldre	
	61	Tilskudd til omsorgstjenester.	1,0
673		Tiltak for funksjonshemmede	
	72	Tiltak for døvblinde	7,0
743		Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse	
	76	Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern	220,0

Andre fullmakter

V

Diverse fullmakter

Stortinget samtykker i at:

1. statens andel i 2002 av driftsoverskuddet i A/S Vinmonopolet fastsettes til 40 pst. av resultatet i 2001, før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgiften.
2. det av avgiftspliktig omsetning fra legemiddelgrossister i 2002 skal betales avgift tilsvarende 1,4 pst.
