DET KONGELIGE
SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENT

St.prp. nr. 1

(2000-2001)

FOR BUDSJETTERMINEN 2001

Utgiftskapitler: 600-797, 2480, 2481

Inntektskapitler: 3600-3751, 5577, 5578, 5631

Innhold

Del I

Innledende del 11

1 Regjeringens verdigrunnlag og mål for en helhetlig helse- og sosialpolitikk 13

1.1 Eldre og helse først 13
1.2 Sterk nasjonal og offentlig økonomi og mer rettferdig fordeling 13
1.3 Fornyelse av norsk helsetjeneste 14
1.4 Økonomisk og sosial trygghet gjennom folketrygden 14
1.5 Pensjonspolitikken 15

2 Nærmere om Sosial- og helsedepartementets budsjettforslag for 2001 15

2.1 Samlet budsjettforslag fordelt på programområder 15
2.2 Nærmere om profilen i budsjettet 16
2.2.1 Satsingsområder 17
2.2.2 Tiltak for mer effektiv ressursbruk og andre budsjettiltak 24
2.3 Det økonomiske opplegget for kommunesektoren i 2001 25

3 Noen utviklingstrekk innenfor helse- og sosialsektoren 26

4 Personell og kvalifiseringstiltak innenfor Sosial- og helsedepartementets ansvarsområde 29

5 Regjeringens program for fornyelse av offentlig sektor 32

5.1 Fornyelsesprogrammet 32
5.2 Andre organisasjons- og strukturendringer innenfor det enkelte forvaltningsorgan 33

6 IT og statistikkarbeid 34

6.1 Informasjonsteknologi og elektronisk kommunikasjon 34
6.2 Informasjons- og styringssystemer 35

7 Forskning og annen kunnskapsutvikling 35

7.1 Forskning i regi av Norges forskningsråd 35
7.2 Direktefinansiert forskning og driftstilskudd 36
7.3 Forskningsdelen av regionsykehustilskuddet 37
7.4 Forskning i regi av underliggende etater 37
7.5 Forsøk og utvikling 38

8 Sektorovergripende miljøvernpolitikk 38

8.1 Problemer og utfordringer knyttet til miljø og helse 38
8.2 Mål 39
8.3 Rapport om aktiviteten i 1999 39
8.4 Tiltak 39
8.5 Tabeller over samlede budsjettmessige miljøvernpolitiske satsing 40

9 Oversiktstabeller 41

10 Stillings- og årsverkoversikt 46

11 Garantiordninger 47

12 Bruk av stikkordet "kan overføres" 47

Del II

Budsjettforslaget 49

Programområde 09 sosiale formål 51

Programkategori 09.00 Administrasjon m.v. 51

Kap. 0600 Sosial- og helsedepartementet (jf. kap. 3600) 51
Kap. 3600 Sosial- og helsedepartementet (jf. kap. 600) 53
Kap. 0604 Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v. (jf. kap. 3604) 54

Kap. 3604 Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v. (jf. kap. 604) 58

Programkategori 09.10 Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmisbruk m.v. 59

Kap. 0610 Rusmiddeldirektoratet (jf. kap. 3610) 60
Kap. 3610 Rusmiddeldirektoratet (jf. kap. 610) 63
Kap. 0612 Statens institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon (jf. kap. 3612) 64
Kap. 3612 Statens institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon (jf. kap. 612) 66
Kap. 3613 Statens fond for alkoholfrie overnattings- og serveringssteder 66
Kap. 0614 Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmisbrukere m.v. 67
Kap. 0616 Statens klinikk for narkomane (jf. kap. 3616) 75
Kap. 3616 Statens klinikk for narkomane (jf. kap. 616) 76
Kap. 5527 Vinmonopolavgiften m.m. 77
Kap. 5631 Aksjer i A/S Vinmonopolet 77

Programkategori 09.60 Kontantytelser 81

Kap. 0660 Krigspensjon 81
Kap. 0664 Pensjonstrygden for sjømenn 85
Kap. 0666 Avtalefestet pensjon (AFP) 87
Kap. 3661 Sykepenger 90

Programkategori 09.70 Eldre og funksjonshemmede 91

Kap. 0670 Tiltak for eldre 94
Kap. 0673 Tiltak for funksjonshemmede 97
Kap. 0674 Handlingsplan for funksjonshemmede 102
Kap. 0675 Tiltak for eldre og funksjonshemmede 104
Kap. 0676 Kompetansesentra for funksjonshemmede 108

Programområde 10 Helsevern 112

Programkategori 10.00 Helsetilsyn m.m. 112

Kap. 0700 Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 3700) 112
Kap. 3700 Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 700) 118
Kap. 0701 Forskning og forsøksvirksomhet 119
Kap. 0702 Nemnd for bioteknologi..... 128
Kap. 0703 Helsetjenesten for innsatte i fengsel 128
Kap. 0704 Giftinformasjonssentralen (jf. kap. 3704) 130
Kap. 3704 Giftinformasjonssentralen (jf. kap. 704) 131
Kap. 0705 Kursvirksomhet og stipendier 132

Programkategori 10.10 Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering 136

Kap. 0710 Statens institutt for folkehelse (jf. kap. 3710) 138
Kap. 3710 Statens institutt for folkehelse (jf. kap. 710) 141
Kap. 0711 Statens rettstoksikologiske institutt (jf. kap. 3711) 142
Kap. 3711 Statens rettstoksikologiske institutt (jf. kap. 711) 145
Kap. 0712 Statens helseundersøkelser (jf. kap. 3712) 145
Kap. 3712 Statens helseundersøkelser (jf. kap. 712) 148
Kap. 0713 Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (jf. kap. 3713) 148
Kap. 3713 Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (jf. kap. 713) 151
Kap. 0714 Statens tobakksskaderåd (jf. kap. 3714) 151
Kap. 3714 Statens tobakksskaderåd (jf. kap. 714) 153
Kap. 0715 Statens strålevern (jf. kap. 3715) .. 153
Kap. 3715 Statens strålevern (jf. kap. 715) 157
Kap. 0716 Kreftregisteret (jf. kap. 3716) 157
Kap. 3716 Kreftregisteret (jf. kap. 716) 160
Kap. 0718 Rehabilitering 160
Kap. 0719 Helsefremmende og forebyggende arbeid 164

Programkategori 10.30 Somatiske spesialisttjenester 174

Kap. 0730 Fylkeskommunenes helsetjeneste 175
Kap 0731 Rikshospitalet 190
Kap 0733 Nasjonalt råd for spesialist-utdanning av leger og legefordeling 195
Kap 0734 Det Norske Radiumhospital..... 195
Kap 0735 Statens senter for epilepsi (jf. kap. 3735) 200
Kap. 3735 Statens senter for epilepsi (jf. kap. 735) 203
Kap. 0737 Barnesykehus (jf. kap. 3737) 203
Kap 3737 Barnesykehus (jf. kap. 737) 207
Kap 0738 Helsetjenesten på Svalbard (jf. kap. 3738) 207

Kap 3738 Helsetjenesten på Svalbard (jf. kap. 738) 208
Kap 0739 Andre utgifter (jf. kap. 3739) 209
Kap 3739 Behandlingsreiser til utlandet (jf. kap. 739) 223

Programkategori 10.40 Psykisk helse 224

Kap. 0740 Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (jf. kap. 3740) . 225
Kap. 0742 Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter 226
Kap. 0743 Statlige stimuleringstiltak for psykisk helsevern..... 227

Programkategori 10.50 Legemidler..... 250

Kap. 0750 Statens legemiddelkontroll (jf. kap. 3750 og 5578) 252
Kap. 3750 Statens legemiddelkontroll (jf. kap. 750) 255
Kap. 5578 Avgift på farmasøytiske spesialpreparater (jf. kap. 750)..... 255
Kap. 5632 Aksjer i A/S Norsk medisinaldepot 255
Kap. 0751 Apotekvesenet (jf. kap. 3751 og 5577) 255
Kap. 3751 Apotekvesenet (jf. kap. 751)..... 259
Kap.2480 Rikshospitalets apotek..... 260
Kap.2481 Radiumhospitalets apotek 262
Kap. 5577 Avgift til staten av apotekenes omsetning (jf. kap. 751) 264

Programkategori 10.90 Helse- og sosialberedskap..... 265

Kap. 0797 Helse- og sosialberedskap..... 265

Forslag til vedtak for budsjetterminen 2001, kapitlene 600-797, 2480, 2481, 3600-3751, 5577, 5578, 5631 271

Tabelloversikt

Tabell 2.1 Sosial- og helsedepartementets samlede budsjett (utgifter) fordelt på programområder..... 16
Tabell 2.2 Økte midler i forhold til saldert budsjett 2000 til viktige satsinger på Sosial- og helsedepartementets budsjett i mill. kroner[1)] 17
Tabell 3.1 Aktiviteten ved somatiske sykehus..... 28
Tabell 4.1 Opptak til helse- og sosialstudier ved universitet og høgskoler 1990-1999 30
Tabell 4.2 Handlingsplan for helse- og sosialpersonell..... 32
Tabell 7.1 Oversikt over bevilgninger til forskning i regi av Norges forskningsråd på Sosial- og helsedepartementets budsjett. (Beløp i 1000 kroner) 36
Tabell 7.2 Oversikt over bevilgning til underliggende etater som har FoU som integrert oppgave. FoU-andelen er ikke beregnet. (Beløp i 1000 kr) 37
Tabell 7.3 Kap 612 Statens institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon. FoU-andelen er ikke beregnet (Beløp i 1000 kr) . 37
Tabell 8.1 Oversikt over bevilgninger til miljøvernpolitisk satsing. (Mill. kr) 40
Tabell 10.1 Årsverk pr. 1. mars 1999 og pr. 1. mars 2000 i henhold til Statens sentrale tjenestemannsregister.. 46
Tabell 11.1 Oversikt over garantifullmakter (i mill. kroner) 47
Tabell 12.1 Bruk av stikkordet "kan overføres"..... 48
Tabell 13.1 Oversikt over antall frivillighetssentraler og antall frivillige omregnet i årsverk..... 58
Tabell 13.2 Resultatrapport og måltall Statens klinikk for narkomane... 76
Tabell 13.3 Antall krigspensjonister. 82
Tabell 13.4 Antall pensjonister m.m. under Pensjonstrygden for sjømenn 85
Tabell 13.5 Antall pensjonister med AFP i privat sektor, og gjennomsnittlig årlig pensjon (uten AFP-tillegg og ektefelletillegg) fordelt etter alder. Menn og kvinner, pr. 31. desember 1999. 88

Tabell 13.6 Antall pensjonister med AFP i privat sektor i alderen 64-67 år pr. 31. 12 og endring fra året før. Menn og kvinner, 1995-99..... 88
Tabell 13.7 Antall nye AFP-pensjonister i privat sektor i alderen 64-67 år i løpet av året og prosentvis endring fra året før. Menn og kvinner 1995-99..... 89
Tabell 13.8 Plasser i sykehjem og aldershjem, andel enerom og beboere i boliger til pleie- og omsorgsformål. Utvikling i dekningsgrader for årene 1992-99. 92
Tabell 13.9 Andel mottakere av hjemmetjenester i ulike aldersgrupper. Andel av landets kommuner som har etablert døgnbasert hjemmesykepleie 1992-98. 92
Tabell 13.10 Antall mottakere av avlastning og støttekontakt etter alder (absolutte tall, 1997-98) 93
Tabell 13.11 Personellutviklingen i pleie- og omsorgssektoren 1992-98. Dekningsgrader pr. bruker og pr. innbygger 80 år og eldre..... 93
Tabell 13.12 Oversikt over innvilgede utflyttingstilskudd..... 98
Tabell 13.13 Henvendelser til Giftinformasjonssentralen 130
Tabell 13.14 Anbefalinger ved henvendelser om akutte og kroniske eksponeringer hos mennesker . 130
Tabell 13.15 Samlet medisinsk virksomhet, Rikshospitalet..... 190
Tabell 13.16 Måltall for Rikshospitalet 2000 og 2001..... 193
Tabell 13.17 Aktivitetstall innlagte pasienter ved Radiumhospitalet..... 196
Tabell 13.18 Polikliniske undersøkelser og behandling ved Radiumhospitalet..... 197
Tabell 13.19 Undervisningstimer og årsverk i utdanningsstillinger ved Radiumhospitalet..... 198
Tabell 13.20 Resultatmål for Statens senter for epilepsi..... 201
Tabell 13.21 Måltall Statens senter for epilepsi..... 202
Tabell 13.22 Resultatrapport Geilomo 204
Tabell 13.23 Plantall Geilomo 205
Tabell 13.24 Resultatrapport Voksentoppen... 206
Tabell 13.25 Pasientsammensetning Voksentoppen 206
Tabell 13.26 Plantall for Voksentoppen..... 207
Tabell 13.27 Resultatrapport Helsetjenesten på Svalbard..... 208
Tabell 13.28 Måltall mammografi, strålemaskiner og økning studieplasser radiografi 216
Tabell 13.29 Tidsplanene for oppstart av nye maskiner fordelt på sykehusene etter de planer som foreligger høsten 2000 218
Tabell 13.30 Opptrappingsplan for psykisk helse. Økte utgifter til drift og investeringer for planperioden 1999-2006. Mill. kroner. (1998 kroner). (Investeringskostnadene ført etter kontantprinsippet)..... 225
Tabell 13.31 Styrking av psykisk helsearbeid 2001. Mill. kroner 228
Tabell 13.32 Finansiering av psykisk helsevern. Løpende priser. Prosent endring er korrigert for lønns- og prisstigning med 3,7 prosent. (Foreløpige tall)..... 239
Tabell 13.33 Behandlede pasienter (Foreløpige tall)..... 240
Tabell 13.34 Statens legemiddelkontroll. Resultatindikatorer..... 252
Tabell 13.35 Samlet regnskap for samtlige private apotek (i 1 000 kr)..... 256
Tabell 13.36 Driftsstøtte, apotekavgift og resultat. Alle tall i 1000 kroner... 257
Tabell 13.37 Resultatutvikling ved Rikshospitalets apotek 1997-99 og mål 2000-2001 261
Tabell 13.38 Radiumhospitalets apotek. Oppfølging av målindikatorer 263

Figuroversikt

Figur 13.1 Utgifter til økonomisk sosialhjelp (1998-kroner) og antall stønadstilfeller 1986-1999 70

Figur 13.2 Statens rettstoksikologiske institutt. Fordeling av antall mottatte saker etter prøvekategori de siste 6 år 143

DET KONGELIGE
SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENT

St.prp. nr. 1

(2000-2001)

FOR BUDSJETTERMINEN 2001

Utgiftskapitler: 600-797, 2480, 2481

Inntektskapitler: 3600-3751, 5577, 5578, 5631

Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 22. september 2000, godkjent i statsråd samme dag.

Del I
Innledende del

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

Helse- og sosialpolitikken står sentralt i Regjeringens arbeid for å utvikle et tryggere og mer rettferdig samfunn med arbeid til alle og utjamning av levekår. Regjeringen vil føre en helse- og sosialpolitikk bygd på ideene om solidaritet og likeverdighet. Det innebærer trygghet gjennom rettferdig fordeling av goder og byrder og felles finansiering av velferden.

Velferdsløsningene må fornyes og forbedres der det trengs, slik at vi får mest mulig tjenester og kvalitet for ressursene som settes inn.

1.1 Eldre og helse først

Regjeringen prioriterer innenfor en ansvarlig budsjettpolitikk midler til helsetjenester og eldreomsorg. Opptrappingen av helsetilbudet innenfor psykiatri, kreft og utstyr til sykehus og gjennomføring av eldreplanen utgjør hoveddelen av satsingene. 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.

Eldreomsorgen må styrkes i kvalitet og kvantitet. Handlingsplan for eldreomsorgen, som ble fremmet av regjeringen Jagland, legger grunnlaget for en utbygging som vil sikre et godt og fleksibelt tjenestetilbud for eldre. Kommunene skal være i stand til å bygge ut tilbudet i takt med aldersutviklingen og heve kvaliteten på det tilbudet som gis. For å møte behovet for flere plasser med heldøgns pleie og omsorg, foreslås det å utvide handlingsplanen med ytterligere 5000 omsorgsboliger/sykehjemsplasser fra 24 400 til 29 400.

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. Utjamning av levekår bidrar også til en bedring av folkehelsen. 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 opptrappingsplan for psykisk helse gir økt ressurstilgang til helsetjenesten. Samtidig må eksisterende ressurser brukes på en mer effektiv måte. Som ett av flere tiltak rettet mot dette arbeides det med sikte på å omdanne de tre største statlige sykehusene til statsforetak fra 2002. Videre arbeides det mer generelt med opplegg for finansiering og organisering av sykehus med sikte på å styrke tilbudet til pasientene og bedre kvaliteten.

Iflg. OECD anslag vil andelen av BNP til helseutgifter inklusive pleie og omsorg i Norge i 1998 være på 8,9 pst. Dette plasserer Norge på en 6. plass i OECD-området og på 3. plass i EU/EØS-området, bak Tyskland (10,6 pst.) og Frankrike (9,6 pst.). Statistisk sentralbyrås anslag for 1998 er på 8,5 pst, dvs. noe lavere enn OECDs anslag, men selv denne andelen plasserer oss på topp i Norden i 1998. I 1990 var situasjonen en helt annen. Norge hadde med 7,8 pst. av BNP en 9. plass i EU/EØS-området og lå bak de skandinaviske naboland Sverige, Danmark, Island og Finland. Ser man på helseutgifter pr. innbygger, bekreftes samme trend: Norge har innhentet og passert de nordiske land når det gjelder utgiftsnivået. OECD plasserer Norge på topp i EU/EØS-området når det gjelder helseutgifter pr. innbygger, anslått til 22.282 kroner i 1998.

1.2 Sterk nasjonal og offentlig økonomi og mer rettferdig fordeling

Hovedmålene for Regjeringens politikk er arbeid for alle, en rettferdig fordeling, å videreutvikle det norske velferdssamfunnet og bidra til en bærekraftig utvikling.

Regjeringen bygger sin økonomiske politikk på Solidaritetsalternativet, som sprang ut av arbeidet til Sysselsettingsutvalget i 1992 (NOU 1992:26). Solidaritetsalternativet er en helhetlig strategi for den økonomiske politikken. Regjering og Storting skal gjennom budsjettpolitikken bidra til en stabil utvikling i produksjon og sysselsetting. Partene i arbeidslivet skal gjennom moderate lønnsoppgjør bidra til å opprettholde den kostnadsmessige konkurranseevnen. Penge- og valutapolitikken skal rettes inn mot stabilitet i kronens verdi overfor europeiske valutaer. Samtidig sikter strukturpolitikken mot å styrke vekstevnen i økonomien, holde arbeidstyrken høy og arbeidsledigheten lav.

En hovedutfordring i den økonomiske politikken er nå å bringe pris- og kostnadsveksten i Norge videre ned slik at den blir på linje med pris- og kostnadsveksten hos våre handelspartnere. Skjer ikke dette, vil resultatet lett bli en særnorsk høy rente over lang tid, som sammen med svekket konkurranseevne vil kunne tvinge fram en tilstramming i den økonomiske politikken,

med omstillingsproblemer og økende arbeidsledighet som resultat. Både norske erfaringer fra 1980-tallet og internasjonale erfaringer viser dette. Finanspolitikken har et hovedansvar for at den samlede etterspørselen etter varer og tjenester utvikler seg på en måte som er forenlig med en balansert utvikling i norsk økonomi.

Regjeringen har sett det som viktig å arbeide med endringer i skattereglene som gir en bedre fordeling mellom de med høye og de med lave inntekter. Regjeringen foreslår derfor flere innstramminger i næringsbeskatningen (bl.a. økt skatt på utbytte og enkelte innstramminger i delingsmodellen) i skatte- og avgiftsopplegget for 2001, jf. St.prp. nr. 1 (2000-2001) Skatte-, avgifts- og tollvedtak. Dette vil i all hovedsak føre til en skatteskjerpelse for høyinntektsgruppene. Personer med midlere og lave inntekter får samlet sett om lag uendret skatt. Regjeringens skatte- og avgiftsopplegg for 2001 har derfor en gunstig fordelingsprofil.

1.3 Fornyelse av norsk helsetjeneste

Helsesektoren er en viktig del av det offentliges oppgaver og ansvar, og vil ha en sentral rolle i den gjennomgangen som er varslet av regjeringen. Prosjektet vil rette oppmerksomhet mot følgende tema:

- For de tre største statlige sykehusene tas det sikte på omdanning til statsforetak for å få en klarere ansvarsstruktur samt bedre rammebetingelser for utøvelse av ledelse i sykehusene.
- Statlig eierskap til sykehusene vurderes.
- Den sentrale helseforvaltning skal strukturere med tanke på samordning og forenkling.
- Finansieringsordningene for sykehus skal gjennomgås, deriblant håndtering av investeringsutgifter i sykehus.
- Det tas også sikte på en gjennomgang av alle helsetjenester på tvers av forvaltningsnivåene med sikte på forenkling og best mulig utnyttelse av ressursene.

Alt dette skal skje på basis av at eksisterende planer og tiltak skal gjennomføres, her kan nevnes iverksetting av helselovene, gjennomføring av psykiatriplan, kreft- og utstyrsplan, eldreplan og fastlegeordningen. Siktemålet med fornyelsen er å legge til rette for den ønskede politiske styringen av helsetjenesten, og sikre en bedre utnyttelse av helseressursene slik at flere kan få nytte av tjenesten.

1.4 Økonomisk og sosial trygghet gjennom folketrygden

Ved utgangen av 1999 mottok nesten 1,4 millioner mennesker stønader fra folketrygden. Vel 600 000 av disse var alderspensjonister.

Regjeringen holder fast ved folketrygden som det bærende element i vårt samlede sosiale sikringssystem. Folketrygden skal sikre inntekt og kompensasjon for utgifter ved alderdom, uførhet, sykdom, fødsel, arbeidsledighet og tap av forsørger. Det gir økonomisk trygghet og bidrar til både sosial omfordeling og omfordeling innenfor den enkeltes livsløp. Folketrygden skal også bidra til hjelp til selvhjelp med sikte på at den enkelte skal kunne forsørge seg selv og klare seg best mulig til daglig. Folketrygden er vår grunnleggende sosiale forsikringsordning for hele befolkningen. En avgjørende forskjell mellom folketrygden og markedsbaserte forsikringsordninger er at folketrygden sikrer ytelser også til personer som aldri har hatt mulighet til å betale premie, for eksempel unge uføre, og at folketrygden bidrar til omfattende sosial omfordeling.

For at befolkningen skal oppfatte folketrygden som rimelig og fornuftig må den virke godt som sosialt forsikringssystem. Den må oppleves som et rimelig og fornuftig virkemiddel for å håndtere potensielt vanskelige økonomiske og sosiale situasjoner som kan oppstå. Folk må oppleve at de offentlige sosialforsikringene setter dem i stand til å løse konkrete levekårsproblemer. Nivået på ytelsene må stå i et rimelig forhold til innbetaling, utgiftsbehov og bortfalt inntekt. De fleste må oppleve en egennytte, i tillegg til at den virker omfordelende.

Hvis en sammenlikner en offentlig sosialforsikring som den norske folketrygden med mer markedsbaserte ordninger, er det ingen ting som tyder på at markedet gir mer effektive løsninger. Den nordiske trygde- og velferdsmodellens historiske triumf har nettopp vært at den har maktet å forene hensynet til egennytte med omfattende omfordeling til fordel for vanskeligstilte grupper.

Utjamningsmeldinga (St.meld. nr. 50 for 1999-2000), som ble lagt fram i juni 1999 og behandlet av Stortinget i vårsesjonen 2000, viste at forskjellene i levekår har økt i Norge, først og fremst ved at de rike er blitt rikere. Regjeringen fremmer derfor forslag om endringer i skattesystemet med sikte på å oppnå en mer rettferdig fordeling. Utjamningsmeldinga viste videre at de aller fleste i Norge har det materielt godt, men at en mindre gruppe mennesker har blitt hengende etter den allmene velstandsutviklingen og må klare seg på

vedvarende lave inntekter. Regjeringen vil at fordelingspolitikken skal sikre de mest ressurssvake i samfunnet mulighet til å leve et verdig liv. Regjeringen vil våren 2001 legge fram en handlingsplan for sosial og økonomisk trygghet, basert på Stortingets behandling av Utjamningsmeldinga.

1.5 Pensjonspolitikken

Velferdsmeldingen (St.meld. nr. 35 for 1994-95) omhandlet bl.a. vårt samlede pensjonssystem. Hovedbudskapet var at folketrygden skal videreføres som "bærebjelken" i det norske pensjonssystemet, og at tjenestepensjonssystemet skal utformes som supplerende ordninger. Stortingsflertallet sluttet seg i hovedsak til dette, men ønsket ytterligere utredninger vedrørende en eventuell fondering av folketrygdens pensjonsutgifter og spørsmålet om fleksibilitet i folketrygden (Innst. S. nr. 180 for 1995-96).

To større utredninger om disse temaene ble avgitt i 1998, NOU 1998: 10 Fondering av folketrygden og NOU 1998: 19 Fleksibel pensjonering. Utredningene er omtalt i Nasjonalbudsjettet 2000. Regjeringen vil komme nærmere tilbake til dette i forbindelse med Langtidsprogrammet 2001-2005, som legges fram tidlig i 2001.

Sentralt i dette arbeidet vil også være den demografiske utviklingen med en økende andel eldre, kombinert med høyere gjennomsnittlige pensjonsytelser, som gjør at Norge står overfor en utvikling med økende forsørgingsbyrde for de yrkesaktive. Tendensen til lavere avgangsalder fra arbeidslivet forsterker problemstillingen ytterligere.

Siktemålet for den årlige reguleringen av grunnbeløpet i folketrygden er å gi pensjonister med folketrygdpensjon en inntektsutvikling om lag på linje med yrkesaktive og i tråd med de prinsipper og mål som er lagt til grunn for gjennomføringen av det inntektspolitiske opplegget ellers.

Våren 2000 vedtok Stortinget lov om foretakspensjon som skal erstatte dagens tjenestepensjonsregler for privat sektor fra 1. januar 2001. Bakgrunnen er at gjeldende regelverk ikke er godt nok tilpasset dagens situasjon og heller ikke løser sentrale problemstillinger. Regjeringen har videre lagt fram et forslag til ny lov om innskuddspensjon (Ot.prp. nr. 71 for 1999-2000), som ligger til behandling i Stortinget.

På bakgrunn av Stortingsvedtak (Dok. 8:93 for 1997-98) er spørsmålet om samordning av lave offentlige tjenestepensjoner utredet i en arbeidsgrupperapport som har vært på høring. I rapporten pekes det på at ethvert tiltak vil komplisere samordningsregelverket ytterligere. De offentlige tjenestepensjonsordningene ble utformet før folketrygden ble etablert. Tilpassingen til folketrygden skjer gjennom et eget samordningsregelverk. Dette regelverket er jevnlig blitt justert, og systemet framstår i dag som både komplisert og lite hensiktsmessig. Det er administrativt vanskelig for så vel pensjonskassene som for trygdeetaten, og det gjøres en god del feil. Dette tilsier at det kan være behov for å fornye dette systemet, slik man nå er i ferd med gjøre i privat sektor. Regjeringen vil komme tilbake med en nærmere vurdering av dette i forbindelse med framleggelsen av Langtidsprogrammet.

2 Nærmere om Sosial- og helsedepartementets budsjettforslag for 2001

2.1 Samlet budsjettforslag fordelt på programområder

Sosial- og helsedepartementets samlede budsjettforslag for 2001 er på om lag 196 mrd. kroner (jf. tabell 2.1). Dette svarer til omlag 14 pst. av forventet brutto nasjonalprodukt for 2001. Folketrygdens utgifter utgjør en dominerende andel med ca. 84 pst. av de samlede utgiftene på Sosial- og helsedepartementets budsjett.

Budsjettforslaget innebærer en vekst på 9,2 pst. sammenliknet med saldert budsjett for 2000 målt i løpende priser, eller ca. 16,4 mrd. kroner. Utgiftene til folketrygden øker med omlag 13,3 mrd. kroner fordelt med 11,5 mrd. kroner eller 8,5 pst. under område 29 Sosial omsorg og 1,9 mrd. kroner eller 12,2 pst. under område 30 Helsevern.

Korrigert for økt grunnbeløp i folketrygden fra 1. mai 2000, forventet pris- og lønnsvekst fra 2000 til 2001 og enkelte tekniske forhold, innebærer budsjettforslaget en reell vekst på om lag 8,4 mrd. kroner sammenliknet med saldert budsjett for 2000. Av denne realveksten, utgjør folketrygden om lag 6,4 mrd. kroner.

Helsevern, programområde 10 og 30 i tabell 2.1 nedenfor, øker reelt med ca. 2,6 mrd. kroner i forhold til saldert budsjett. Denne økningen er både knyttet til videreføring av tilleggsbevilgninger i 2000 og nye satsinger i 2001. Sosiale formål, programområde 09 og 29 i tabell 2.1 nedenfor, øker reelt med 5,8 mrd. kroner.

Det understrekes at tallene for realvekst er regnet i forhold til saldert budsjett for 2000. Etter saldert budsjett er anslagene for folketrygdens utgifter satt opp samtidig som det er vedtatt

tilleggsbevilgninger i særlig grad til sykehus. Regnet i forhold til anslag på regnskap for 2000 representerer budsjettforslaget en reell vekst på om lag 6,6 mrd. kroner, hvor av ca. 5 mrd. kroner under folketrygden.

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

Mill. kroner

	Programområde	Regnskap 1999	Saldert Budsjett 2000	Forslag 2001	Endring 2000-2001	Endring 2000-2001 i pst.
	Statsbudsjettet :					
09	Sosiale formål	5 958	6 506	7 261	754	11,6
10	Helsevern	21 983	22 410	24 793	2 383	10,6
	Sum statsbudsjettet	27 941	28 917	32 054	3 137	10,8
	Folketrygden :					
29	Sosiale formål	129 947	135 499	146 955	11 456	8,5
30	Helsevern	14 504	15 227	17 080	1 853	12,2
	Sum folketrygden	144 451	150 726	164 035	13 309	8,8
	Sum Sosial- og helsedepartementet	172 392	179 643	196 089	16 446	9,2

2.2 Nærmere om profilen i budsjettet

Utover den betydelige veksten i folketrygdens utgifter, legger budsjettforslaget til rette for en videre utbygging av helse- og omsorgstjenestene.

Norge var i 1998 det landet i EU/EØS-området som hadde de høyeste utgiftene pr. innbygger til helse- og omsorgstjenester. Fra å ligge i nedre skikt blant de nordiske land i 1990, har vi nå innhentet og passert de andre nordiske landene. Offentlige utgifter til helse- og omsorgstjenester beløp seg i 1998 til vel 100 mrd. kroner. Av dette stod somatiske spesialisthelsetjenester for 37 mrd. kroner, psykisk helsevern for 7,5 mrd. kroner og pleie- og omsorgssektoren for 37 mrd. kroner.

Det er fortsatt mange uløste oppgaver i helse- og omsorgssektoren. Budsjettforslaget for 2001 legger til rette for å gjennomføre den største utbyggingen av *eldreomsorgen* noen gang. Samlet er det foreslått satt av 5,5 mrd. kroner til gjennomføring av eldreplanen i 2001, en økning på 1,2 mrd. kroner. Samtidig foreslås det å utvide planen med ytterligere 5000 sykehjemsplasser/omsorgsboliger i 2002. Kapasiteten i sykehusene bygges videre ut. I forhold til saldert budsjett for 2000, representerer budsjettforslaget en styrking på 950 mill. kroner til *innsatsstyrt finansiering*. Samlet sett vil den økte kapasitetsutbyggingen i sykehusene kunne kreve om lag 300 mill. kroner i medfinansiering fra fylkeskommunene. Den foreslåtte styrkingen på 750 mill. kroner i fylkeskommunenes frie inntekter gir rom for dette. Planen for *utstyrsanskaffelse*r i sykehus følges opp med en statlig bevilgning på 795 mill. kroner. Medregnet fylkeskommunenes egenandel gir dette om lag 1,3 mrd. kroner til nytt sykehusutstyr i 2001. Det foreslås bevilget 1,3 mrd. kroner til gjennomføring av *Opptrappingsplanen for psykisk helse* – en økning på 365 mill. kroner for 2001. Videre foreslås det avsatt 325 mill. kroner til gjennomføring av kreftplanen, en økning på 40 mill. kroner.

I tillegg fremmes forslag om følgende satsinger:

- det innføres utvidet skjerming mot høye egenandeler
- bedre undervisningstolkning for hørselshemmede studenter
- ordningen med trygdeetatens kjøp av helsetjenester for sykmeldte trappes opp
- luftambulansetransport
- mer til forskning innenfor medisin og helse
- utbygging av nasjonalt helsenett basert på bredbånd

2.2.1 Satsingsområder

Tabell 2.2 Økte midler i forhold til saldert budsjett 2000 til viktige satsinger på Sosial- og helsedepartementets budsjett i mill. kroner[1)]

Opptrappingsplan psykisk helse	**365**
Nasjonal kreftplan 1999-2003	**40**
Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001	**10**
Utvidet skjerming mot høye egenandeler	**42**
Handlingsplan for eldreomsorg	**1217**
Herav	
Tilskudd til omsorgstjenester	800
Investeringstilskudd	417 [2)]
Undervisningstolkning for hørselshemmede studenter	**10** [3)]
Ordningen med trygdeetatens kjøp av helsetjenester for sykmeldte	**29**
Luftambulansetransport	**54**
Forskning innenfor medisin og helse	**45**
Nasjonalt helsenett basert på bredbånd	**15**

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

[2)] Under Kommunal- og regionaldepartementets budsjett.

[3)] Nettobeløp

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 2001 foreslås bevilget 365 mill. kroner mer til opptrappingsplan for psykisk helse sammenliknet med saldert budsjett for 2000.

En del av bevilgningen til investeringsformål for 2000 vil bli overført til 2001. Samtidig er bevilgningsbehovet for denne typen formål i 2001 lavere enn tidligere forutsatt. Dette skyldes at det tar lengre tid å ferdigstille prosjekter enn tidligere anslått. Investeringstilskudd utbetales først på ferdigstillelsestidspunktet. For å få et bedre samsvar mellom bevilgning og antatt behov for utbetaling til investeringsformål i 2001 omdisponeres det fra investeringstilskudd til driftstilskudd slik at driftsbevilgningen totalt sett trappes opp med 419 mill. kroner.

Opplegget for 2001 medfører en noe sterkere opptrapping av driftstilskudd enn de foregående år, samtidig som investeringstilskudd tilpasses det faktiske investeringsforløpet. I tillegg til dette kommer refusjonsutgifter til privatpraktiserende psykologer og psykiatere. Til sammenlikning var økningen i driftsmidler i 1999 og 2000 henholdsvis 262 og 365 mill. kroner.

For at investeringene i opptrappingsplanen skal kunne gjennomføres som forutsatt, må det kunne gis klarsignal om videre utbygging i fylkeskommunene utover det som vil være bevilgningsbehovet det enkelte år. Det arbeides med

et opplegg for tilsagnsstyring av investeringsdelen i handlingsplanen. Regjeringen vil komme tilbake til dette i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2001.

Nasjonal kreftplan 1999-2003

Nasjonal kreftplan har tre sentrale hovedmål: å redusere antall nye krefttilfeller, øke mulighetene for helbredelse ved tidlig diagnose og øke behandlingskapasiteten, herunder lindrende behandling. I handlingsplanperioden skal innsatsen mot tobakk og tiltak for et riktigere kosthold og mosjon økes for på sikt å redusere økningen i antall krefttilfeller. Mammografiscreening er planlagt utvidet til et landsdekkende tilbud til kvinner i alderen 50-69 år. Innen 2003 skal masseundersøkelser og utbygging av tiltak for påvisning av arvelig kreft gi et bedre system for tidlig diagnose og redusert dødelighet av kreft. Den nasjonale strålebehandlingskapasiteten skal bygges opp til en tilstrekkelig kapasitet på landsbasis. Det skal utvikles stråleterapi som satellittavdelinger ved noen sentralsykehus. Det skal videre etableres kompetansesentra innen lindrende behandling ved alle landets regionsykehus. Innen 2003 skal utdannings-/videreutdanningskapasiteten ha økt slik at Norge utdanner tilstrekkelig helsepersonell til å utvikle landsdekkende mammografiscreening og ivareta driften av økt antall strålemaskiner. I budsjettet for 2001 foreslås bevilgningene til oppfølging av kreftplanen økt med 40 mill. kroner. Dette innebærer at de samlede bevilgninger for 2001 til Nasjonal kreftplan kommer opp i 325 mill. kroner.

For 1999 og 2000 er det samlet bevilget 420 mill. kroner til kreftplanen. Det gjenstår da 735 mill. kroner i statlige bevilgninger fordelt på de to siste årene i handlingsplanen, dvs. om lag 368 mill. kroner pr. år.

Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001

Det foreslås en styrking på personellfeltet på 10 mill. kroner. Som ledd i oppfølgingen av handlingsplan for eldreomsorg, opptrappingsplan for psykisk helse og nasjonal kreftplan, er det også innenfor rammen av disse avsatt økte midler til personelltiltak på til sammen 2 mill. kroner utover 2000-budsjettet. Samlet styrking er dermed 12 mill. kroner, jf. nærmere omtale under pkt. 4 Personell og kvalifiseringstiltak innenfor Sosial- og helsedepartementets ansvarsområde.

Handlingsplan for eldreomsorg

Handlingsplan for eldreomsorgen har helt siden St.meld. nr. 50 (1996-97) hatt som mål å bygge ut pleie- og omsorgstjenesten med vel 12 000 årsverk og 24 400 nye omsorgsboliger og sykehjemsplasser. På denne bakgrunn videreføres derfor investeringsrammen med 5 800 sykehjemsplasser og omsorgsboliger i 2001, og driftstilskuddene økes med ytterligere 800 mill. kroner, slik det er meldt i Kommuneøkonomiproposisjonen.

St.meld. nr. 34 (1999-2000) "Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år" har et behovsanslag på 5 000 nye sykehjemsplasser/omsorgsboliger og 5 500 nye årsverk fra 2002 til 2007.

Kommunenes planer for bygging av omsorgsboliger og sykehjem omfatter totalt 38 500 enheter. I kommunenes plantall inngår omsorgsboliger knyttet til opptrappingsplanen for psykisk helse, med en ramme på 3 400 enheter, samt 3 500 omsorgsboliger og sykehjemsplasser som det ble gitt tilsagn til før handlingsplanperioden. Videre er fylkesmennenes vurdering at det er grunnlag for å redusere de kommunale plantallene med omlag 1000 enheter.

Ved å utvide handlingsplanen for eldreomsorgen med ytterligere 5 000 nye omsorgsboliger og sykehjemsplasser, til 29 400 plasser, er det skapt rimelig samsvar mellom de lokale planer og handlingsplanens nye måltall. Differansen mellom tallene fra fylkesmennene og Regjeringens behovsanslag er på 1200 enheter for handlingsplanperioden. En viss usikkerhet vil alltid være knyttet til slike behovsanslag for utbygging over flere år, samtidig som kommunene erfaringsmessig planlegger noen flere enheter enn de velger å realisere. For øvrig vises det til omtale i St.meld. nr. 34 (1999-2000) av personelldekning og eldres helseutvikling.

For å sikre likebehandling mellom kommunene, foreslår Regjeringen at handlingsplanens tilskuddsordning for bygging av sykehjemsplasser og omsorgsboliger videreføres med dagens satser og med en utvidet tilsagnsramme tilsvarende 5 000 enheter i 2002. Etter dette henvises søknader til Husbankens boligtilskuddsordning. Bygging av 5 000 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger innebærer omlag 3,9 mrd. kr i oppstartingstilskudd og kompensasjonstilskudd.

For søknadsbehandlingen legges prioriteringssignalene i St.meld. nr. 34 (1999-2000) til grunn, slik at sykehjem og omsorgsboliger med areal tilrettelagt for heldøgns tjenestetilbud, eneromssatsing og utskifting av umoderne bygningsmasse prioriteres foran omsorgsboligbygging

uten slik tilrettelegging. Søknadsfristen 30. juni 2001 fastholdes, men det vil bli gitt god tid til gjennomføring av selve utbyggingen. Budsjettmessig legges det opp til at byggeprosjektene ferdigstilles innen 2005.

Det vises for øvrig til Kommunal- og regionaldepartementets budsjett med nærmere omtale under kap. 586.

Utvidet skjerming mot høye egenandeler

Ved behandlingen av statsbudsjettet for 1999 fattet Stortinget følgende romertallsvedtak:

> «Stortinget ber Regjeringen igangsette en gjennomgang av bruken av egenbetaling for å finne fram til ordninger som bedre skjermer kronikerne. I denne forbindelse skal det vurderes et utgiftstak 2 for utgifter funksjonshemmede og kronisk syke har utover det som dekkes av frikortordningen.»

Det ble i statsbudsjettet for 2000 varslet av regjeringen Bondevik at den ville komme tilbake med analyse og forslag til konkrete tiltak i statsbudsjettet for 2001. En viktig del av arbeidet er en kartlegging av omfanget av utgifter til helse- og sosialtjenester i befolkningen, med et særlig blikk mot utgiftene blant dem som antas å være storforbrukere av disse tjenestene. Statistisk Sentralbyrå (SSB) har utført undersøkelsen på oppdrag fra departementet, og rapporten ble offentliggjort i juli 2000.

For befolkningen generelt antyder undersøkelsen at gjennomsnittlig, samlet egenbetaling på årsbasis er omlag 3000 kroner for de tjenestene som ikke omfattes av frikortordningen. I delutvalget trukket blant mottakere av grunn- og hjelpestønad indikerer undersøkelsen en tilsvarende gjennomsnittlig, samlet egenbetaling på noe over 8000 kroner per år utenom frikortordningen. I begge utvalgene utgjør utgifter til tannlege en relativt stor andel av totalutgiften. Undersøkelsen viser at enkelte brukere eller grupper av brukere har hatt samlede egenandeler i undersøkelsesperioden som langt overstiger gjennomsnittstallene.

Dagens frikortordning omfatter tjenester som folketrygden delfinansierer gjennom sine refusjonsordninger. Pasientenes egenandeler er fastsatt av staten gjennom forskrift. Disse forutsetningene gjorde det i 1984 mulig å etablere et felles utgiftstak for fire ulike helsetjenester. Når det gjelder spørsmålet om å etablere et (mest mulig omfattende) utgiftstak for andre utgifter som mennesker med kroniske lidelser og funksjonshemmede belastes med, ligger ikke forholdene på samme måte til rette. Tjenestene leveres og prisene fastsettes av ulike forvaltningsnivåer og instanser, og forskjellen i utgifter mellom de ulike tjenestene kan være betydelige. Som nærmere redegjort for under kap. 2752 Refusjon av egenbetaling, gjør disse forholdene det komplisert å utforme en målrettet ordning med egenandelstak for tjenester som ikke omfattes av dagens takordning.

Sosial- og helsedepartementet finner på denne bakgrunn ikke å kunne tilrå en omfattende takordning for mennesker med kroniske lidelser og funksjonshemmedes utgifter til helse- og sosialtjenester utenfor dagens frikortordning. Som et alternativ foreslås det å redusere brukernes utgiftsbelastning innenfor enkelttjenester. Slike tiltak vil kunne ha en betydelig virkning på utgiftsbelastningen for dem med de høyeste utgiftene, selv om det ikke fullt ut løser problemet med opphopning av utgifter for kronikere og funksjonshemmede. For nærmere omtale vises det til trygdebudsjettet, kap. 2752 post 70 Refusjon av egenbetaling.

For 2001 fremmer derfor Regjeringen forslag om utvidet skjerming for enkelte tjenester, som ikke inngår i nåværende takordning og der utgiftene for enkelte brukere er betydelige.

Det samlede opplegget for utvidet skjerming av storforbrukere innebærer lavere egenandeler knyttet til :

– Opptreningsinstitusjoner	20 mill. kroner
– Fysioterapi	10 mill. kroner
– Tannhelsetjenester	7 mill. kroner
– Oppholdsutgifter ved behandling	5 mill. kroner
– Samlet	42 mill.kroner

Departementet vil vurdere behovet for ytterligere utvidelse av skjermingen innenfor utvalgte deltjenester.

Opptreningsinstitusjoner (20 mill. kroner)

Egenbetaling for opphold ved opptreningsinstitusjon representerer i dag uten sammenlikning det dyreste tilbudet innenfor den offentlig finansierte helsesektoren spesielt innrettet mot personer med kroniske lidelser. Det er ca. 30 000 opphold årlig, og egenbetalingen for et 4 ukers opphold er i gjennomsnitt omlag 8 400 kroner. SSB-undersøkelsen viser at 12 pst. av grunn- og hjelpestønadsmottakerne over 16 år (tilsvarende omlag 20 000 personer på landsbasis) hadde hatt ett eller flere opptreningsopphold i løpet av 1998-99.

Det foreslås en omlegging av egenbetalingen, slik at alle brukere, uavhengig av diagnose og behandlingssted, betaler samme egenandel. Med dagens egenandelsnivå tilsvarer dette om lag 220 kroner per døgn. Departementet foreslår å redusere den gjennomsnittlige egenandelen pr. døgn til 190 kroner, svarende til 20 mill. kroner. Institusjonene blir kompensert for denne reduksjonen gjennom en økning i folketrygdens bidragssats, jf. nærmere omtale under kap. 2711, post 75 i trygdebudsjettet.

Fysioterapi (10 mill. kroner)

Mennesker med kroniske lidelser skjermes i stor grad mot egenbetaling for fysioterapi. Grunnlaget for fritak for egenbetaling er en omfattende diagnoseliste, og ca. 40 pst. av det samlede behandlingsvolumet er gratis for pasientene. En slik liste kan imidlertid vanskelig bli fullstendig, slik at den omfatter alle pasienter med et betydelig behov for fysikalsk behandling. Det avsettes 10 mill. kroner til en målrettet utvidelse av diagnoselisten for pasienter med tilsvarende behov som dem som omfattes av listen i dag.

Tannhelse (7 mill. kroner)

Eldre, uføre og langtidssyke som er i helseinstitusjon eller mottar hjemmesykepleie, omfattes av den offentlige tannhelsetjenesten. Øvrige hjemmeboende, herunder personer som har kommunale tilbud i form av omsorgsbolig eller hjemmehjelp, omfattes ikke. Stortinget har bedt departementet utrede muligheten for en viss utvidelse av det fylkeskommunale tannhelsetilbudet overfor disse gruppene. Det settes i verk et forsøk i to eller tre fylker over to-tre år med sikte på å avklare utformingen av og administrative og økonomiske konsekvenser av en eventuell nasjonal utvidelse av tilbudet. Kostnadene anslås til omlag 7 mill. kroner på årsbasis.

Oppholdsutgifter (5 mill. kroner)

Utgifter til kost og losji i forbindelse med sykehuskonsultasjoner dekkes delvis gjennom folketrygden. Døgnsatsene er for 2000 fastsatt til 140 kroner for kost og 195 kroner for losji. Gjennomsnittsprisen per døgn på hotell eller lignende er omlag 650 kroner.

I innstillingen til Sosial- og helsedepartementets budsjett for 2000 viste sosialkomiteen til at losjigodtgjørelsen var foreslått til 195 kroner. En samlet komite uttrykte at i forhold til prisnivået på hotellovernattinger, ville pasienter som var avhengig av et slikt tilbud for å få sine sykehuskonsultasjoner påføres en uforholdsmessig stor egenbetaling. Komiteen ba om at det ble vurdert å sette opp denne satsen betydelig.

Det foreslås å øke losjigodtgjørelsen med 55 kroner per døgn, svarende til omlag 5 mill. kroner.

Undervisningstolkning for hørselshemmede studenter

For å sikre hørselshemmede studenter lik rett til utdanning, foreslås trygdeetatens administrasjonsbudsjett styrket med 17,3 mill. kroner til oppretting av flere tolkestillinger ved hjelpemiddelsentralene til undervisningstolkning på høyskole- og universitetsnivå. Regjeringen ser dette som et viktig tiltak fordi det er med på å legge til rette for at hørselshemmede ungdommer får tatt utdanning, slik at de får muligheten til å komme ut i lønnet arbeid. Tiltaket vil redusere behovet for frilanstolker, og bevilgningen til frilanstolker foreslås derfor redusert med 7,3 mill. kroner.

Ordningen med at trygdeetaten kjøper helsetjenester til sykmeldte

I 1997 ble trygdeetaten, som en prøveordning, gitt adgang til å kjøpe helsetjenester til sykmeldte. (Jf. St.prp. nr. 1, 1996-97). Ordningen ble gjort landsomfattende i 1999. For 2001 foreslås det å øke bevilgningen til kjøp av helsetjenester med 28,5 mill. kroner (i forhold til Saldert budsjett 2000) til 74,5 mill. kroner, slik at ordningen kan trappes opp ytterligere.

Ordningen gir innsparing på sykepengekapitlet, først og fremst fordi de berørte sykmeldte får kortere ventetid på behandling og kommer raskere tilbake i arbeid. En ny evaluering fra Norsk institutt for by- og regionforskning viser at innsparingen ved trygdeetatens kjøp av helsetjenester er større enn tidligere antatt. Innsparingen vil øke ytterligere i 2001 som følge av at ordningen trappes opp. Mindreutgiftene på sykepengekapitlet (i forhold til Saldert budsjett 2000) anslås til omlag 50 mill. kroner. Ordningen fører ikke til nedprioritering av andre søkere/mottakere av helsetjenester. Dette skyldes at alle utredninger og operasjoner finner sted utenfor det ordinære systemet for pasientbehandling, bl.a. som kvelds- og helgearbeid. Dette bekreftes av den evaluering som er gjennomført. Det legges

til grunn at opptrappingen som nå foreslås ikke vil endre dette forholdet.

Luftambulansetransport

Det har tidligere vært gjennomført 2 anbudsrunder i luftambulansetjenesten. Den første ble gjennomført i tilknytning til etableringen av tjenesten i 1988, mens den andre anbudsrunden ble gjennomført med virkning fra 1994. Inneværende konsesjonsperiode skulle avsluttes i 1998, men er blitt forlenget først og fremst på grunn av forventet innføring av nye felles europeiske luftfartsregler. Kontraktene med de nåværende luftambulanse-operatørene går ut 1. april 2001 for helikoptre og 1. juli 2001 for fly.

Rikstrygdeverket har i 2000 gjennomført ny anbudsrunde både for helikoptertjenesten og for flytjenesten. De selskapene som opererer i dag (Lufttransport a/s, Airlift a/s og Norsk Luftambulanse a/s) beholder operatøransvaret også i neste konsesjonsperiode, men med visse rokkeringer på enkelte baser. De nye kontraktene, samt andre merutgifter som er nødvendige for å opprettholde tjenestenivå og sikkerhet, gir til sammen merutgifter på 54 mill. kroner. Basen i Arendal vil få et nytt og bedre egnet helikopter enn dagens. Hensikten er å prøve ut en ny helikoptertype som tilfredsstiller de nye internasjonale kravene som sannsynligvis kommer fra 2005.

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 2001 foreslås en økt satsing til disse feltene på ca. 45 mill. kroner. Satsingen går i hovedsak til styrking av forskningen ved regionsykehusene samt til viktige programmer og satsinger i regi av Norges forskningsråd som mat og helse, helse i arbeidslivet, alternativ medisin og eldre og helse. Styrkingen går også til viktige helseundersøkelser som helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) og programmet "Bedre helse for mor og barn".

Nasjonalt helsenett basert på bredbånd

Departementet vil legge vekt på tiltak som kan bidra til bred spredning og gjennomføring av elektronisk kommunikasjon i helsesektoren. Dette vil være avhengig av at en får etablert et helsenett som ivaretar sektorens krav til informasjonssikkerhet, kvalitet og tilgjengelighet, og som tilrettelegger for sikker elektronisk kommunikasjon mellom sykehus og primærhelsetjenesten i alle fylker og regioner.

Helsenett vil være en felles kommunikasjonskanal for en rekke ulike anvendelser som telemedisin, elektroniske meldinger, epost og tilgang til informasjonstjenester i nettet.

Nærings- og handelsdepartementet koordinerer Regjeringens generelle IT-politikk, og har i den forbindelse samordnet en egen satsning på utbygging og anvendelse av bredbånd i Norge. Dette arbeidet er også knyttet opp mot handlingsplanen for eNorge. Utviklingen av et nasjonalt helsenett er i denne sammenheng et viktig etterspørselsfremmende tiltak for bredbåndsutviklingen. En av målsettingene i bredbåndssatsingen er at alle sykehus innen utgangen av 2002 skal ha tilbud om bredbåndstilknyting med mulighet for kommunikasjon med primærhelsetjenesten. Det er som en del av satsingen bevilget 15 mill. kroner til bredbåndsutvikling i helsesektoren.

Øvrig styrking

Utstyrsinvesteringer ved norske sykehus

Ved behandlingen av St.prp. nr. 61 (1997-98) Om Nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus, jf. Innst. S. nr. 226 (1997-98), vedtok Stortinget en 5-årig plan for å bedre utstyrssituasjonen i norske sykehus. Planen skal gjennomføres i perioden 1998-2002 med en samlet statlig bevilgningsramme på nær 3,0 mrd. kroner. Medregnet fylkeskommunal medfinansiering legges det opp til ca. 5,3 mrd. kroner til investeringer i medisinsk teknisk utstyr i løpet av planperioden. I budsjettforslaget er det avsatt 795 mill. kroner til utstyrsplanen. Med dette beløpet er planen i rute.

Sykehusbehandling - innsatsstyrt finansiering

Innsatsstyrt finansiering startet opp 1. juli 1997 og har nå virket i vel tre år. I løpet av denne tiden har aktiviteten ved landets somatiske sykehus økt. Dette var hovedmålet med innføringen av ordningen. Økt aktivitet er nødvendig for å holde tritt med den økte etterspørselen etter sykehusbehandling og unngå økte ventetider. Finansieringsordningen omfatter pasienter behandlet ved innleggelse, dagkirurgi og enkelte dagmedisinske prosedyrer.

Det legges til grunn 2 pst. vekst i pasientbehandling fra 2000 til 2001, og det fremmes bevilgningsforslag i tråd med dette på 12 530 mill.

kroner. Tilleggsbevilgninger for 2000 på til sammen ca. 700 mill. kroner er videreført i dette beløpet.

Departementet vil høsten 2000 opprette et uavhengig utvalg som skal gi råd til departementet når det foreligger tvil om utbetalingsgrunnlaget. Utvalget skal gi råd til departementet om utbetalingene i ISF er i tråd med intensjonen bak finansieringsordningen. Arbeidet med videre evaluering av ordningen vil fortsette i 2001.

Driftstilskudd til apotek i utkant-Norge

Ny apoteklov vil tre i kraft 1. mars 2001. I den forbindelse trer også endringer i legemiddelloven i kraft, der det åpnes for at direktesalg fra grossist til profesjonell sluttbruker tillates i større grad. Med profesjonell sluttbruker menes bl.a. sykehjem, sykehus og liknende. Endringen innebærer at profesjonelle sluttbrukere ikke betaler apotekavanse, noe som medfører innsparinger for disse i forhold til dagens situasjon. Tiltaket anslås å gi kommunesektoren innsparinger på ca. 35 mill. kroner i 2001. Kommunenes rammetilskudd er derfor redusert med tilsvarende beløp. Av dette er 5 mill. kroner foreslått brukt til å styrke driftsstøtteordningen for apotek.

Trygd på kontinentalsokkelen

Regjeringen fremmer forslag om endringer i folketrygdloven og barnetrygdloven med sikte på at personer som bor i utlandet og arbeider på norsk kontinentalsokkel skal være omfattet av norsk lovgivning. Dette vil særlig gjelde i forhold til folketrygden, men en del vil også å rett til barnetrygd.

Det tas sikte på at lovendringene skal tre i kraft fra 1. januar 2001. Endringene i barnetrygdloven foreslås gitt med virkning fra 1. januar 1994. Forslaget innebærer at ca. 3000 personer som i dag arbeider på norsk sokkel uten offentlig trygdedekning vil bli omfattet av norsk lovgivning. I tillegg vil ytterligere ca. 5000 personer (hovedsakelig briter og nederlendere) kunne velge om de vil være dekket i Norge eller i hjemlandet. Endringene vil medføre både merutgifter i form av økte stønadsutbetalinger og merinntekter i form av økte innbetalinger av arbeidsgiver- og trygdeavgift. For folketrygden under ett er det for neste år lagt til grunn at både merutgiftene og merinntektene vil utgjøre ca. 180 mill. kroner.

Kompensasjon til Nordsjødykkere

Det foreslås bevilget 5 mill. kroner til oppfølging av den særskilte ordningen med å gi kompensasjon til tidligere Nordsjødykkere med varig helsesvikt.

Gravferdsstønad

Det foreslås å lette vilkårene for å få behovsprøvd gravferdsstønad slik at den blir tilgjengelig for flere. Tiltakene er beregnet å gi merutgifter på 5 mill. kroner.

Oppfølging av andre saker

Utjamningsmeldinga: Handlingsplan for sosial og økonomisk trygghet

Regjeringen vil følge opp Stortingets behandling av Utjamningsmeldinga (Innst. S. nr. 222 (1999-2000)). Stortinget ba her Regjeringen om å komme med en handlingsplan som følger opp Utjamningsmeldinga og Stortingets behandling av denne, og legge den fram våren 2001.

Regjeringen har sett det som viktig å arbeide med endringer i skattereglene som gir en bedre fordeling mellom de med høye og de med lave inntekter. Regjeringen foreslår derfor flere innstramminger i næringsbeskatningen (bl.a. økt skatt på utbytte og innstramminger i delingsmodellen) i skatte- og avgiftsopplegget for 2001, jf. St.prp. nr. 1 (2000-2001) Skatte-, avgifts- og tollvedtak. Dette vil i all hovedsak føre til en skatteskjerpelse for høyinntektsgruppene. Personer med midlere og lave inntekter får samlet sett om lag uendret skatt. Regjeringens skatte- og avgiftsopplegg for 2001 har derfor en gunstig fordelingsprofil.

Sandman-utvalgets innstilling

Den sterke og bekymringsfulle økningen i sykefraværet og den store tilgangen av nye uførepensjonister som ble observert på slutten av 1990-tallet var bakgrunnen til at regjeringen Bondevik satte ned et offentlig utvalg for å utrede årsakene til økningen i sykefraværet og nytilgangen av uførepensjonister og foreslå tiltak for å redusere sykefraværet og begrense uføretilgangen. Sykefraværet og antall uføre har fortsatt å øke.

Utvalget ble nedsatt 9. april 1999 og avga sin innstilling 15. september 2000. Utvalget har vært bredt sammensatt med deltagelse fra arbeidslivets organisasjoner, brukerorganisas-

jonene, berørte departement, Rikstrygdeverket og uavhengige fagpersoner, og har vært ledet av fylkesrådmann Matz Sandman. Utvalget legger frem en enstemmig innstilling, bortsett fra forslaget om redusert sykelønn i arbeidsgiverperioden.

Utvalget legger til grunn at det høye og stigende sykefraværet, og tilsvarende den høye tilgangen til uførepensjoner, er et problem både for den enkelte, bedriftene og samfunnet. Sterkere tilknytning til arbeidslivet er derfor et hovedelement i utvalgets innstilling.

Hovedprinsipper i innstillingen når det gjelder tiltak for å redusere sykefraværet er sterkere ansvarliggjøring av arbeidsgiver, arbeidstaker og offentlige etater, der hovedfokus i det sykefraværsforebyggende arbeid må rettes mot arbeidsplassen. Utvalgets flertall har fremmet en helhetlig og balansert tiltakspakke for å redusere sykefraværet og få et bedre oppfølgingssystem for sykmeldte. Utvalget foreslår at det legges følgende prinsipper til grunn for en helhetlig tiltakspakke: Det primære fokus i det sykefraværsforebyggende arbeid må være arbeidsplassen. Tiltak må settes i verk i samarbeid mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Tiltakene skal forsterke arbeidstakernes tilknytning til arbeidslivet.

Det åpnes for økonomiske incentiver for å stimulere til nærvær og tilrettelegging av arbeidsplassen. Tiltakene skal være kostnadsnøytrale for partene i arbeidslivet og staten i forhold til dagens fraværsnivå. Innstillingen vil bli sendt på høring. Regjeringen tar sikte på å legge saken fram for Stortinget i vårsesjonen 2001.

Tiltak i uføreordningen

En hovedutfordring i uførepensjonsordningen er å redusere nytilgangen slik at antallet uførepensjonister ikke fortsetter å øke like sterkt som nå. I tillegg er det viktig å fokusere på muligheten for å gå tilbake til arbeidslivet etter at uførepensjon er innvilget.

I forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 61 (1999-2000) ble det vedtatt tiltak innenfor gjeldende regelverk som kan bidra til å redusere tilgangen til uførepensjonsordningen:

- skjerpet kvalitetssikring av saksbehandlingen
- innskjerping av kravet om at hensiktsmessig attføring skal være forsøkt. Dette kravet skal ikke kunne fravikes bortsett fra i helt opplagte tilfeller
- samordnede mål og prioriteringer mellom arbeidsmarkedsetat og trygdeetat på attføringsområdet
- reaktivisering. En skal i større grad enn tidligere forsøke å reaktivisere personer som allerede er tilstått uførepensjon med sikte på tilbakeføring til arbeid.

I 2001 foreslås en utvidelse av tiltakene i St.prp. nr. 61 (1999-2000) innenfor gjeldende regelverk ved økt bruk av unntaksbestemmelsen fra hovedregelen om at rehebiliteringspenger bare kan ytes i inntil ett år. Videre foreslås en lovendring for å innskjerpe at uførepensjon er en midlertidig ytelse som kan revurderes når forholdene endrer seg, og en endring av ankereglene i Trygderetten slik at dagens praksis med at Trygderetten bare kan omgjøre saker til saksøkers gunst blir opphevet.

Handlingsplan for funksjonshemmede

St.meld. nr. 8 (1998-99) Om handlingsplan for funksjonshemma 1998 – 2001 omfatter 161 tiltak fordelt på 10 departementers ansvarsområder. Stortingsmeldingen er en del av Norges oppfølging av FNs standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemning på områder som er avgjørende for å oppnå full deltakelse og likestilling. Viktige innsatsområder er tilgjengelighet, planlegging og brukermedvirkning, funksjonshemmedes rettigheter samt en særskilt tiltaksplan for økt yrkesaktivitet.

Oppfølgingen blir koordinert av sosialministeren og Statssekretærutvalget for den samlede politikken for funksjonshemmede. Det vises til berørte departementers fagproposisjoner og til denne proposisjonens kap. 674. En samlet rapportering fra alle departementene foreligger i rundskrivs form.

Fastlegeordningen og legetjenesten i kommunen

Ved behandling av Ot.prp. nr 99 (1998-99) om lov om endringer i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover jf. Innst. O. nr. 49 (1999-2000) vedtok Stortinget nødvendig lovendring for innføring av fastlegeordningen. Sosial- og helsedepartementet fastsatte forskrift for fastlegeordningen 14. april 2000. Det er forutsatt at nærmere rammer for fastlegeordningen skal fastsettes i sentral avtale mellom Den norske Lægeforening, Kommunenes sentralforbund og staten.

Fastlegeordningen planlegges iverksatt fra 1. juni 2001. Innføringen innebærer at landets kommuner skal inngå individuelle fastlegeavtaler med allmennlegene der legene skal gis ansvar for en

avgrenset liste. Alle innbyggere får rett til å stå på en leges liste. Invitasjonsbrev til befolkningen for valg av lege vil bli sendt ut i februar 2001. Det er Rikstrygdeverket som har ansvar for å etablere og administrere listesystemet i fastlegeordningen. Trygdeetatens budsjett er derfor styrket i 2001 for at disse oppgavene skal kunne ivaretas.

Innføring av fastlegeordning har synliggjort behovet for nye legestillinger i primærhelsetjenesten. Det er lagt til rette for at primærlegetjenesten skal prioriteres ved tildelingen av nye legestillinger jf. Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling. Det er også iverksatt rekrutterings- og stimuleringstiltak for å bedre stabiliteten i primærlegetjenesten. Disse videreføres i 2001, se kap. 705, post 60.

Nye beregningsregler for attførings- og rehabiliteringspenger

Regjeringen går inn for at innføringen av de nye beregningsreglene for rehabiliteringspenger og attføringspenger blir utsatt.

2.2.2 Tiltak for mer effektiv ressursbruk og andre budsjettiltak

Effektivisering av bevillingsordningen for tilvirking og engrossalg av alkoholholdig drikk

Bevillingsordningen trådte i kraft 1. januar 1996. Ordningen, som administreres av Rusmiddeldirektoratet, er selvfinansierende og kostnadene dekkes gjennom søknads- og bevillingsgebyrer. Departementet vil gjennomføre en effektivisering av ressursbruken som tidsmessig vil følge omorganiseringen av det statlige arbeidet med forebygging av rusmiddelproblemer.

Ny praksis for fastsettelse av maksimalpris på reseptpliktige legemidler

I St.prp. nr. 1 (1999-2000) Tillegg nr 4 varslet departementet at praksis for fastsettelse av maksimalpriser for reseptpliktige legemidler skulle endres. Tiltaket ble på usikkert grunnlag anslått å gi innsparinger for folketrygden på omlag 130 mill. kroner i 2000. Nærmere beskrivelse av den nye praksisen og mer presise budsjettanslag ble gitt i St.prp. nr. 61 (1999-2000). Innsparingsanslaget ble i denne proposisjonen hevet til 155 mill. kroner for 2000, basert på at man i 2000 kunne fastsette nye maksimalpriser på de ca.50 mest omsatte preparatene (310 mill. kroner på årsbasis). Den nye praksisen ble iverksatt fra 1. juli 2000, da de første nye maksimalprisene ble fastsatt. Statens legemiddelkontroll vil i 2001 arbeide videre med å fastsette nye maksimalpriser for de øvrige preparater på markedet. For 2001 anslås dette å gi en innsparing på ytterligere 60 mill. kroner.

Nye apotekavanser

Etter departementets vurdering er det grunnlag for å endre apotekenes maksimalavanser i 2001 bl.a. som følge av at apotekenes kostnader vil bli redusert som følge av avviklingen av referanseprissystemet for legemidler, jf. omtale under kategoriomtalen til kategori 10.50 og omtale av ECONs evaluering av referanseprissystemet under kap. 2751 post 70. Avanseendringen vil gjøres gjeldende 1.1.2001, og forutsettes å gi en innsparing for folketrygden på 20 mill. kroner.

Egenbetaling for visse helsetjenester

Sosial- og helsedepartementets budsjettforslag innebærer en betydelig 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. Økningene i egenandelen må også sees i sammenheng med forslaget om utvidet skjerming mot høye egenandeler som ikke omfattes av dagens "takordning". Det foreslås følgende egenandelsøkninger for 2001:

- Omlag 4 ½ pst. økning i takster for spesialister, poliklinikk, psykologer og allmennleger fra 1. juli 2001. Økningen er omlag i tråd med forventet lønnsøkning i 2001. Maksimal egenandel for enkeltresepter foreslås økt fra 340 kroner til 360 kroner og syketransport fra 80 kroner til 85 kroner fra 1. januar 2001. Tjenestene omfattes av "takordningen". Videre foreslås frikortgrensen økt fra 1370 til 1450 kroner. Antallet som mottar frikort har økt sterkt de siste årene og antas å komme opp i omlag 800 000 i 2001 mot 693 000 i 1999. Innsparingene er samlet anslått til omlag 150 mill. kroner.
- Maksimalsatser pr. dag for korttidsopphold i sykehjem mv. foreslås hevet fra 108 kroner til 118 kroner for heldøgnsopphold og fra 54 kroner til 59 kroner for dag eller nattopphold. Innsparingen er anslått til omlag 28 mill. kroner, som er foreslått trukket ut av kommunenes rammetilskudd.
- Maksimalsatser for hjemmehjelp for mottakere med inntekt under 2G (dvs. to ganger folketrygdens grunnbeløp) foreslås hevet fra

50 kroner pr. mnd. til 150 kroner pr. mnd. Innsparingen på 46 mill. kroner er foreslått trukket ut av kommunenes rammetilskudd. Maksimalsatsen har vært uendret siden 1995 samtidig som folketrygdens grunnbeløp er økt.
- Det foreslås innført en engangsavgift pr. bruker på 2000 kroner ved lån av standard datautstyr. Innsparingen er anslått til 16 mill. kroner. Datamaskiner er blitt så alminnelige at tiden er inne til å vurdere disse på linje med hvite- og brunevarer. Det gis ikke stønad til hjelpemidler i hjemmet som vanligvis også brukes av mennesker uten funksjonshemninger.
- Innføring av egenandel for bruk av Granheim og Glittreklinikken. Innsparingen er anslått til 8 mill. kroner.

Samlet foreslår Sosial- og helsedepartementets økninger i egenbetalingen (fra dagens nivå) på 248 mill. kroner.

Mer effektiv formidling av hjelpemidler til bedring av funksjonsevnen

Et prosjekt som består i å overføre midler fra folketrygdens stønadsbudsjett til trygdeetatens driftsbudsjett slik at etaten selv kan utføre tjenester i tilknytning til formidling og vedlikehold av hjelpemidler, har pågått i fire fylker siden 1998. En evaluering utført av Statskonsult (Rapport 1999:27) viser at prosjektet er lønnsomt, dels fordi trygdeetaten selv kan utføre disse tjenestene billigere enn hva det koster å kjøpe dem fra andre, og dels for å oppnå bedre styring med utgiftene til tekniske hjelpemidler.

Det foreslås derfor å utvide prosjektet til ni nye fylker i 2001. Det foreslås å overføre i alt 251,5 mill. kroner fra kap. 2663, post 75 Hjelpemidler til bedring av funksjonsevnen til kap. 2600, post 01 Trygdeetatens driftsbudsjett. Det er beregnet at tiltaket vil gi en netto innsparing for folketrygden på 6 mill. kroner i 2001.

Gjennomgang av alle barnebidragssaker

Det foreslås at alle barnebidragssaker hvor det offentlige har refusjonskrav skal gjennomgås av Rikstrygdeverket. En slik gjennomgang gir grunnlag for justering av bidragsforskott eller refusjon i mange saker. Tidligere erfaringer viser at justeringene i de fleste tilfeller er til fordel for det offentlige. Tiltaket er beregnet å gi en innsparing på 45 mill. kroner, dels i form av mindreutgifter på kap. 2683. post 76 Forskottering av underholdsbidrag, og dels i form av merinntekter på kap. 5701, post 73 Refusjon bidragspliktige. På grunn av det merarbeid tiltaket vil innebære, foreslås trygdeetatens driftsbudsjett (kap. 2600, post 01) økt med 3,5 mill. kroner.

Utvidet bruk av reisetilskudd som oppfølgingsverktøy for sykmeldte

Det foreslås å tilby reisetilskudd som alternativ til sykepenger til alle diagnosegrupper. Reisetilskudd gis i dag i hovedsak bare til midlertidig bevegelseshemmede. Forslaget vil føre til at alle sykmeldte som kan klare selve arbeidsdagen, men har problemer med reisen til og fra på grunn av for eksempel overfylte offentlige kommunikasjonsmidler eller lang gangavstand, kan motta reisetilskudd som alternativ til sykepenger. Dette vil være til fordel både for de sykmeldte som blir berørt og for samfunnet. Forslaget er beregnet å gi en netto innsparing på 10 mill. kroner. Kap. 2650, post 70 foreslås derfor redusert med 10 mill. kroner.

Sykepleieartikler

Det foreslås at utgifter til stomitang dekkes av folketrygden. Brutto merutgifter i 2001 anslås til 4 mill. kroner. Utgiftene til annet stomimateriell anslås redusert med 1,5 mill. kroner som følge av tiltaket. Bevilgningen foreslås derfor økt med 2,5 mill. kroner. Etter 2001 vil innsparingen overstige merutgiftene ved tiltaket.

Videre foreslås iverksetting av tiltak som parallellimport, anbudsordninger og prisjusteringer på en del sykepleieartikler. Til sammen er disse tiltakene beregnet å gi mindreutgifter på 5 mill. kroner i 2001.

2.3 Det økonomiske opplegget for kommunesektoren i 2001

En gjennomgang av kommunesektorens inntekter og kostnader i 2000 indikerer en reell vekst i samlede inntekter på vel 2 pst. fra 1999 til 2000, eller vel 4 mrd. kroner. Dette er omlag 600 mill. kroner høyere enn anslått i Kommuneøkonomiproposisjonen, bl.a. som følge av antatt høyere skatteinntekter og tilleggsbevilgninger i forbindelse med Stortingets behandling av revidert nasjonalbudsjett. Regjeringen har i høst foreslått en tilleggsbevilgning på 1 474 mill. kroner for å dekke opp for økte kostnader knyttet til utvidet ferie og ny arbeidstidsavtale for lærere. Denne tilleggsbevilgningen påvirker ikke tallet for

realvekst, siden inntektsøkningen motsvares av tilsvarende økning i lønnskostnader.

I St.prp. nr. 62 (1999-2000) Om kommuneøkonomien 2001 m.v. ble det varslet en reell vekst i kommunesektorens inntekter på 1¾-2 pst. fra 2000 til 2001, tilsvarende omlag 3,5-4 mrd. kroner. Videre ble det varslet en reell vekst i frie inntekter på 1½-2 mrd. kroner. Det ble presisert at veksten var regnet fra det nivået på kommunesektorens inntekter i 2000 som var lagt til grunn i Revidert nasjonalbudsjett. I St.prp. nr. 1 (2000-2001) foreslås en reell økning i samlede inntekter på knapt 2 pst., eller omlag 4 mrd. kroner, fra 2000 til 2001 beregnet ut fra det høyere inntektsnivået i 2000. I dette anslaget er det ikke lagt inn forutsetninger om kostnadsbesparelser knyttet til mulighet for effektivisering. Det er spesielt grunn til å anta at kommunesektoren i 2001 kan realisere effektiviseringsgevinster som følge av ferieutvidelsen og den nye arbeidstidsavtalen for lærere. Samlet er kommunesektoren i 2001 kompensert med omlag 3,4 mrd. kroner som følge av ekstra kostnader knyttet til disse forholdene.

Endringer i kommunale tariffavtaler medfører at pensjonsytelsene blir bedre for en del grupper innenfor kommunal sektor fra 2001. I særlig grad gjelder dette offentlig ansatte leger. Endringene medfører også at flere ytelser blir omfattet av krav om fondsoppbygging. Endringene er blant annet knyttet til endringer i etterlattepensjonene. I tillegg er knekkpunktet på 8 G (8 ganger grunnbeløpet i folketrygden), som fram til nå har vært lagt til grunn ved beregning av pensjonsrettigheter, fjernet. Dette kan gi kommunesektoren økte pensjonsutgifter i 2001, men det er foreløpig uklart hvor stor økningen i pensjonspremiene ev. vil bli.

Finansieringen av helse- og omsorgstjenester skjer for en stor del ved frie inntekter fra skatter og rammetilskudd. Korrigert for oppgaveendringer legges det opp til en reell vekst i de frie inntektene på omlag 1,6 mrd. kroner, hvor omlag 850 mill. kroner tilfaller kommunene, og omlag 750 mill. kroner tilfaller fylkeskommunene. Dette gir en klart sterkere prosentvis vekst for fylkeskommunene.

Opplegget innebærer en nominell vekst i de øremerkede overføringene på omlag 2,5 mrd. kroner i forhold til vedtatt budsjett for 2000. Veksten knytter seg i første rekke til eldresatsingen, opptrappingsplanen for psykisk helse, kreftplanen og utstyrsinvesteringer i sykehus (jf. at bevilgningen ble satt ned i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett med 760 mill. kroner). Som hovedregel foreslås det at øremerkede tilskudd til kommuner og fylkeskommuner ikke prisomregnes fra 2000 til 2001. Det er gjort unntak for innsatsstyrt finansiering av sykehus, tilskudd til poliklinisk behandling, regionsykehustilskuddet og barnehagetilskuddet, som foreslås prisomregnet.

Lønnskostnader i helse- og omsorgssektoren

Med forbehold om at det dreier seg om foreløpige tall for de to siste årene, viser tall fra Statistisk sentralbyrå at lønnskostnadene innen helsetjenester har hatt en sterk vekst, hele 45 pst. fra 1995 til 1999, og de utgjør 37,9 mrd. kroner i 1999. Lønnskostnadene innen pleie- og omsorgstjenestene har vokst med 36 pst., og beløper seg til 29,8 mrd. kroner i 1999. Antall lønnstakere innen helsetjenester er iflg. nasjonalregnskapet i 1999 (foreløpige tall) 154.000 og innen pleie- og omsorgstjenestene 163.500. Lønnskostnadene har mellom 1995 og 1999 økt reelt sett mer enn tilveksten i antall lønnstakere innen helsetjenester og pleie- og omsorgstjenester, men ikke innen sosial- og omsorgstjenester.

3 Noen utviklingstrekk innenfor helse- og sosialsektoren

Mottakere av ytelser fra folketrygden

Ved utgangen av 1999 var det nesten 1,4 millioner mottakere av stønad fra folketrygden. Av disse mottok nær 1,3 millioner stønad over Sosial- og helsedepartementets del av folketrygdens budsjett. Antallet alderspensjonister har økt svakt de siste fem årene.

Antallet nye uførepensjonister har økt etter 1993, med unntak av 1996 da det var en liten nedgang. Det er regnet med en netto tilgang på 13 000 nye uførepensjonister i 2000, og ytterligere 12 400 i 2001. Antallet uførepensjonister antas å være 292 600 ved utgangen av 2001.

Antallet enslige forsørgere med overgangsstønad har gått ned den senere tid, etter en forholdsvis sterk vekst tidligere på 1990-tallet. Tallet på enslige forsørgere med overgangsstønad ventes å gå ytterligere ned etterhvert som tidsbegrensningen for overgangsstønad (3 år pluss inntil 2 år ved utdanning) gjeldende fra 1. januar 1998 får virkning. Det har vært en markert nedgang i antall etterlatte ektefeller og familiepleiere som mottar stønad fra folketrygden på hele nittitallet.

Sykefraværet økte hvert år fra 1994 til 1999, samtidig som det var en betydelig vekst i syssel-

settingen. Det har også vært en sterk økning i sykefraværet i første halvår 2000. Langtidsfraværet har økt sterkt siden 1994. Dette har også medvirket til en viss økning i antall personer på medisinsk rehabilitering siden 1996, og kan i tiden framover også bidra til en sterkere økning i tilgangen på nye uførepensjonister. Også den demografiske utviklingen, med stadig flere personer i 50- og 60-årene, tilsier isolert sett en viss økning i tilgangen til uførepensjon.

Alkohol og narkotika

Samlet har det registrerte alkoholforbruket regnet i liter ren alkohol gått ned med omlag 10 prosent fra 1980 til 1997. Det har i denne perioden vært en økning på henholdsvis 20 og 76 prosent for øl og vin og en reduksjon for brennevin på rundt 60 prosent. Beregnede anslag over forbruket for 1998 og 1999 tyder på at forbruket av øl og brennevin har vært relativt stabilt og at forbruket av vin fortsatt øker. Samlet tyder tallene på at det registrerte forbruket regnet i liter ren alkohol er noe høyere enn i 1997.

Økt internasjonal, ulovlig produksjon og handel med narkotika har ført til økt tilgang på narkotiske stoffer også i Norge. På 80-tallet så det ut til at andelen unge som hadde brukt narkotiske stoffer var relativt stabil, men i siste halvdel av 1990-årene har blant annet bruken av cannabis økt vesentlig, og nye stoffer som ecstacy og GHB har fått innpass i en del ungdomsmiljøer. Misbruket av stoffer som amfetamin og heroin har fått betydelig geografisk spredning, og det har skjedd en fordobling av hardt belastede misbrukere på 1990-tallet. Flere av disse er blitt mer nedslitte og forkomne, og dødeligheten i gruppen er høy. Det var 220 registrerte narkotikadødsfall i 1999, en nedgang på 50 fra 1998.

Sosialhjelp

Antall sosialhjelpsmottakere økte sterkt på 1980- og første del av 1990-tallet, men har i de senere årene gått ned. Utgiftene til økonomisk sosialhjelp var høyest i 1995 med i underkant av 4,4 mrd. (1998-)kroner, men har deretter hatt en nedgang. Tallet på mottakere av sosialhjelp ble ytterligere redusert fra 132 500 i 1998 til rundt 126 500 (foreløpige tall) i 1999. Samtidig gikk utbetalingene til sosialhjelp opp med 80 mill. kroner til 3,8 mrd. kroner. Dette antas å ha sammenheng med at den relative andelen av langtidsbrukere, som gjennomgående er mer ressurskrevende, holder seg på et høyt nivå.

Omsorg for eldre og funksjonshemmede

Den positive utviklingen i pleie- og omsorgstjenesten har fortsatt fra 1998 til 1999. Vel 3000 flere personer bor nå i boliger tilrettelagt for pleie- og omsorgsformål (omsorgsboliger og andre) og nesten 6000 flere personer mottar hjemmetjenester fra kommunene. Antall familier som mottar avlastningstjenester øker, spesielt blant familier med funksjonshemmede barn under 18 år. Videre er det blitt nesten 950 nye plasser i somatiske sykehjem og andelen enerom i aldersinstitusjonene er økt fra 83,9 til 85 pst. i løpet av 1999. For første gang på 90-tallet vokste antall sykehjemsplasser mer enn befolkningen over 80 år, slik at dekningsgraden økte.

Det er blitt nærmere 2 700 flere årsverk i pleie- og omsorgssektoren i løpet av 1999, og sett i forhold til antall personer over 80 år gir dette en bedring i personelldekningen for tredje år på rad. Årsverksinnsatsen i forhold til antall brukere av pleie- og omsorgstjenester ligger på samme nivå som i 1998.

Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering

Det har i de senere årene vært en stor aktivitetsøkning i kommunehelsetjenesten målt i antall årsverk. I allmennlegetjenesten har antall utførte årsverk økt fra 3444 i 1998 til 3520 i 1999. Antall utførte årsverk av fysioterapeuter er økt fra 3367 i 1998 til 3437 i 1999. I 1999 var 2345 årsverk knyttet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten (ekskl. leger og fysioterapeuter). I perioden 1990-99 har helsestasjons- og skolehelsetjenesten hatt omlag 66 pst. økning målt i antall årsverk.

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

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

I 1999 røykte 32 pst. av den norske befolkningen mellom 16 og 74 år daglig, noe som er en nedgang på 1 pst. fra 1998. 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. 36 pst. av alle dagligrøykere sier at de vurderer å slutte å røyke i løpet av et halvt år.

Ut fra Personskaderegisteret ved Statens institutt for folkehelse er det anslått at det årlig forekommer ca. 450 000 ulykkesskader som trenger medisinsk behandling. Omlag 65000 av disse krever sykehusinnleggelse. 10 pst. av landets sykehussenger er til enhver tid opptatt av pasienter med ulykkesskader. Det er særlig barn og unge og eldre som rammes.

Øremerkede midler til fylkeskommunene har bidratt til økt fokusering og styrking av rehabiliteringsfeltet. Disse midlene har bl.a. bidratt til oppbygging og styrking av rehabiliteringsavdelinger ved sykehus, oppbygging av rehabiliteringsteam og styrking av tilbud til spesielle pasientgrupper.

Somatiske sykehustjenester

Tabellen nedenfor viser en økt vekst i både behandlingsaktivitet og ressursbruk i somatiske sykehus siden 1995 (jf. også St.prp. nr. 47, 1999-2000). Ifølge SSB ble det gjennomført 3,44 mill. poliklinske konsultasjoner i 1999, og foreløpige tall fra SAMDATA-sykehus viser at det totale antall sykehusopphold var på 701 033 samme år. Av sykehusoppholdene hadde 661 462 en liggetid på ett døgn eller mer.

Tabellen viser at i siste halvdel av 1990-årene steg sykehusenes driftsutgifter mer enn den registrerte aktiviteten, og i 1999 passerte de somatiske sykehusene 30 mrd. kroner i driftsutgifter. Antall senger reduseres imidlertid (jf. tabell), og kompenseres både ved kortere liggetider og mer dagbehandling. Fra 1998 til 1999 er den registrerte økningen i dagbehandling på ca. 25 000. Den registrerte økningen i dagbehandlingen skyldes til dels endret registeringspraksis, men også en reell aktivitetsvekst. Økt bruk av dagbehandling innebærer en mer effektiv bruk av ressursene.

Over halvparten av alle pasienter ved somatiske sykehus, og nesten 70 pst. av de innlagte, får behandling med en gang. De øvrige pasientene settes på venteliste. Av pasientene på venteliste får i underkant av 20 pst. ventetidsgaranti. Siden 1997 er antall brudd på ventetidsgarantien redusert kraftig. Likevel var det registrert ca. 5000 brudd på ventetidsgarantien i de somatiske sykehusene våren 2000.

Antall pasienter på venteliste sier lite om situasjonen for ventelistepasientene. Derimot er det viktig at den enkelte pasient ikke venter for lenge på behandling. I gjennomsnitt venter garantipasienter litt over 40 dager før behandlingen starter, mens ventelistepasienter uten garanti i gjennomsnitt må vente i overkant av 80 dager på behandling. Selv om andelen ventelistepasienter med garanti blir stadig lavere, har den gjennomsnittlige ventetiden for begge gruppene sett under ett vært konstant i de siste par årene.

Tabell 3.1 Aktiviteten ved somatiske sykehus

Brutto driftsutgifter (faste 1999 kroner, i 1000 kr), antall sengeplasser, opphold og polikliniske konsultasjoner i somatiske sykehus i perioden 1995-1999

	1995	1996	1997	1998	1999	Realvekst 1995-99, i pst.
Bruttodriftsutgifter, somatiske sykehus,	23 673	25 301	27 077	29 178	30 010	26,8
Sengeplasser	14 534	14 396	14 377	14 395	14 193	-2,3
Innleggelser, liggetid > 0	607 956	619 197	630 843	646 506	661 462	8,8
Polikliniske konsultasjoner	3 033 866	3 160 892	3 171 746	3 314 310	3 443 473	13,5

Kilde: SSB og Sintef Unimed

Som vist i tabellen over har sykehusene økt behandlingskapasiteten de senere årene. Til tross for at en økende andel av pasientene legges inn som øyeblikkelig hjelp, behandles også flere ventelistepasienter.

Mennesker med psykiske lidelser

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

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

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

Tilgangen på kvalifisert personell til psykisk helsearbeid viser en positiv utvikling. Fra 1996 til 1999 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 er god, og det anses som realistisk å nå målsettingene om tilgang på disse personellkategoriene i opptrappingsplanen.

Legemidler

I 1999 ble det solgt legemidler for ca. 10,7 mrd. kroner, som innebar en nominell vekst fra året før på ca. 11,5 pst. Blant de tyngste enkeltkomponentene i denne veksten er refusjon av legemidler for behandling av hjerte-/karlidelser og magesår. Det offentlige dekker ca. 2/3 av de samlede legemiddelutgiftene. Hovedtyngden av kostnadene er knyttet til folketrygdens refusjonsordning (blåreseptordningen), men det medgår også betydelige beløp til behandling på helseinstitusjoner (særlig sykehus). Utgiftsveksten for trygden var 2,6 pst. fra 1998 til 1999. Denne moderate utgiftsveksten må sees i sammenheng med innføringen av like egenandeler for alle over 7 år fra 1. januar 1999.

4 Personell og kvalifiseringstiltak innenfor Sosial- og helsedepartementets ansvarsområde

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

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

De store helse- og sosialpolitiske satsingene vil kreve flere fag- og spesialutdannede helse- og sosialarbeidere. Kapasiteten i høyere utdanning er økt, men vil først gi fullt utslag om 2-4 år. Det kan likevel bli knapphet på fagpersonell med videregående utdanning, bl.a. fordi søkningen til helse- og sosialfag i videregående opplæring gikk ned i 1999 og 2000.

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

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

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

Departementet antar nå, på bakgrunn av data fra kommunene, at det vil være behov for inntil 300 nye legehjemler i allmennlegetjenesten i forbindelse med innføringen av *fastlegereformen. Pr. september 2000 har kommunene søkt om ca. 250 hjemler og fått tildelt ca. 230.*

Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001

Handlingsplanen for helse- og sosialpersonell 1998-2001 ble utarbeidet i 1997, og er et sentralt redskap i iverksettingen av de store helse- og sosialpolitiske satsingene.

I budsjettet for 2001 foreslås tiltakene og bevilgningene i handlingsplanen videreført og økt med vel 12 mill. kroner til vel 417 mill. kroner. Tiltakene er innarbeidet i tabell 4.2 som viser samlede bevilgningsforslag til personell og kvalifiseringstiltak innen Sosial- og helsedepartementets ansvarsområder.

De viktigste tiltaksområdene i personellplanen er:

- *Bedre geografisk fordeling* ved å styrke ordningene med å rekruttere helsepersonell til områder med dårlig dekning, og bidra til stabilitet i distriktene.
- *Rekruttering av leger, tannleger, sykepleiere og annet helsepersonell* fra utlandet
- *Bedre ledelse, organisasjon og perso*nalpolitikk ved
  - At prinsippet om enhetlig ledelse på alle nivåer lovfestes.
  - Ny felles lov for alt helsepersonell som åpner for mer fleksibel og rasjonell bruk av personellet.
  - Utvikling av bedre ledelses- og organisasjonsmodeller i sykehus.
  - Overordnet plan for utdanningen innen ulike medisinske spesialiteter.
- *Bedre arbeidsmiljø*.
  - Prosjektprogram rettet mot arbeidsmiljø og helse i pleie- og omsorgssektoren i perioden 1998-2001.
- *Kvalifiseringstiltak*

Tabell 4.1 Opptak til helse- og sosialstudier ved universitet og høgskoler 1990-1999

	1990	1996	1998	1999	Økning 90-99 i pst.
Bioingeniører	185	268	269	257	39
Ortopediingeniører	10	0	10	10	0
Ergoterapeuter	80	180	189	201	151
Fysioterapeuter	185	306	305	317	71
Radiografer	85	122	136	184	116
Sykepleiere	2520	3421	4144	4391	74
Jordmor	90	90	100	104	16
Helsesøstre	140	153	158	115	-18
Vernepleiere	300	635	886	997	232
Barnevernsped	220	661	691	709	222
Sosionomer	350	831	876	858	145
Tannpleiere	45	45	56	45	0
Reseptarer	33	36	62	65	97
Audiograf	20	21	21	21	5
Optiker	-	-	45	45	-
Tannteknikere	-	-	-	18	-
Sum høgskoleutd.:	**4263**	**6769**	**7948**	**8337**	**95**
Leger	310	490	594	600	92
Psykologer	110	220	211	214	95
Farmasøyter	55	84	93	91	65
Tannleger	105	114	113	109	4
Ernæringsfysiolog	22	20	20	14	-36
Sum profesjonsutd.::	**602**	**928**	**1031**	**1028**	**71**

Tabell 4.1 Opptak til helse- og sosialstudier ved universitet og høgskoler 1990-1999

	1990	1996	1998	1999	Økning 90-99 i pst.
Helsefag/sykepl.:					
- lavere grad	67	100	145	125	86
- høyere grad	19	150	210	139	632
Sum andre univ.fag	86	250	355	264	207
Sum univ. utd.:	**688**	**1178**	**1386**	**1292**	**88**
Sum total:	**4591**	**7947**	**9334**	**9629**	**94**

Opptaket i 1999 er i hovedsak videreført i 2000 og foreslås videreført på samme nivå i 2001 over Kirke- utdannings- og forskningsdepartementets budsjett. I tillegg er radiografutdanningen økt med 40 plasser i 2000.

Behovet for universitets- og høgskoleutdannet helse- og sosialpersonell kan også møtes ved støttepersonell. Disse kan avlaste spesialutdannet personell for oppgaver og dermed frigjøre arbeidstid. Her er følgende tilskuddsordninger sentrale i handlingsplanen:

- program for kvalifisering av ufaglærte.
- tilskudd til etter- og videreutdanning for hjelpepleiere og andre med helse- og sosialfag fra videregående opplæring.
- videreutdanning for personell med helse- og sosialfag på høgskolenivå.

Tilskuddene vil, som i 2000, bli tildelt fylkesmann/fylkeslege som fordeler tilskuddene videre til kommuner/fylkeskommuner etter en vurdering av deres opplæringsplaner og på grunnlag av departementets prioriteringer.

Støtte til kompetanseutvikling innen pleie- og omsorgstjenestene prioriteres også innenfor skjønnstilskuddet i handlingsplanen for eldreomsorgen. Skjønnstilskuddet skal bidra til at kommuner med svak økonomi gis mulighet til styrking av kvalitet og kompetanse innen pleie- og omsorgstjenestene. For 2000 er det stilt 28 mill. kroner til rådighet til dette tiltaket.

Bevilgninger til personell- og kvalifiserings-formål i forslaget til statsbudsjettet for 2001

Til sammen ble det bevilget ca. 405 mill. kroner til personell- og kompetansetiltak i 2000. Dette foreslås økt med vel 12 mill. kroner, til vel 417 mill. kroner i 2001. Av denne økningen representerer 10 mill. kroner en styrking av 2001-budsjettet på områdene rekruttering av helsepersonell fra utlandet, utvikling av tannhelsetjenesten, styrking av stråleterapeututdanningen og kampanje rettet mot ungdom for å bedre rekrutteringen til pleie- og omsorgstjenesten. I tillegg er Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementets budsjett kap. 260, post 50 styrket med 1,8 mill. kroner til økt utdanningskapasitet for psykologer. Midlene er finansiert over opptrappingsplanen for psykisk helse. Se for øvrig omtale under kap. 743, post 70.

Tabell 4.2 Handlingsplan for helse- og sosialpersonell

	Vedtatt budsjett 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
Handlingsplan for eldreomsorgen Tilskudd til kvalifisering av ufaglærte (670.61), andel av skjønnstilskudd til kompetansehevende tiltak (670.61) og arbeidsmiljø samt rekrutteringskampanje i pleie- og omsorgstjenestene (675.21)	47	40	44
Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje Kompetansetiltak (614.21) og opplæringsprogram for sosialtjenesten (614.63)	11,8	23	19
Opptrappingsplan for psykisk helse Tilskudd til utviklingsarbeid (743.60), psykisk helsearbeid i kommuner (743.62) og tilskudd til videre- og etterutdanning (743.70) samt videreutdanning i psykisk helsearbeid (274.01) og økt utdanningskapasitet for psykologer (260.50)	149,5	172,5	177,3
Nasjonal kreftplan Tilskudd til radiografer (274.01), stråleterapiutdanning (705.62) og stråleterapiassistenter (739.65) og legespesialister (739.65)	11,7	19,1	23
Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning Personelltiltak i samisk helsetjeneste og spesialisthelsetjeneste (701.21)	5,8	5,8	5,8
Primærhelsetjenesten Rekrutterings- og stimuleringstiltak (705.60) og studier av primærhelsetjenesten (701.21)	22,5	36,1	38,1
Videreutdanninger m.v. Tilskudd til turnustjeneste, videreutdanning m.v. (705.61) og bedriftsinterne videreutdanninger (705.62)	71,4	70,6	71,6
Andre tiltak Tilskudd knyttet til statistikkutvikling og utvikling av tannhelsetjenesten (701.21), stipend og kurs (705.71), samt tilskudd til Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger (733.21) og reiseutgifter for turnuskandidater (739.74). Etterutdanning i rehabilitering (718,21)	41,6	37,9	38,8
Sum	361,3	405	417,6

*) Andel av skjønnstilskudd til kompetansehevende tiltak anslått til 28 mill. kroner basert på fylkesmennenes tildeling i 2000 (kap. 670.61)

For nærmere omtale av de enkelte tiltakene, se respektive kapitler/poster. Kap. 274 og 260 er på Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementets budsjett.

5 Regjeringens program for fornyelse av offentlig sektor

5.1 Fornyelsesprogrammet

Helse- og sosialsektoren vil ha en sentral plass i Regjeringens fornyelsesprogram.

Fornyelse av norsk helsetjeneste

Etter at Stortinget i vårsesjonen vedtok en ny lov som åpner for at fylkeskommunale sykehus kan omdannes til sykehusselskap, sender departementet utkast til forskrifter til loven på høring med sikte på at loven skal kunne tre i kraft fra årsskiftet 2000/2001.

Helsetjenesten skal fungere slik at alle som trenger det, får rett behandling i rett tid , og at det ikke er store forskjeller avhengig av hvor i landet de bor. Det er dette som er utgangspunktet for arbeidet med fornyelsen av helsetjenesten. Regjeringen legger videre til grunn at det er behov for bedre samordning og bedre utnyttelse av ressursene. Samtidig med forslag om økt res-

sursinnsats på helsesektoren vil derfor regjeringen arbeide med tiltak som er rettet inn mot dette.

Regjeringen vil allerede nå signalisere noen av de tema som det arbeides videre med. Organiseringen av sykehusene, herunder eierskap, vurderes som en viktig forutsetning for å oppnå en best mulig samordning og effektiv utnyttelse av ressursene. Regjeringen vil som et ledd i dette vurdere statlig eierskap til sykehusene. Videre vil regjeringen ta sikte på omdanning av de tre største statlige sykehusene til statsforetak. Dette vil gi grunnlaget for en klarere ansvarsstruktur og dermed bedre rammebetingelser for utøvelse av ledelse i sykehus. Finansieringsordningene rettet mot sykehussektoren skal gjennomgås, og det skal bl.a. vurderes behov for endringer i finansieringen av investeringer i sykehussektoren. Det vil også bli foretatt en gjennomgang av helsetjenestene på tvers av forvaltningsnivåene med sikte på forenkling og best mulig utnyttelse av ressursene. Den sentrale helseforvaltning skal også vurderes med tanke på samordning.

Omorganisering av det forebyggende arbeidet på rusmiddelområdet

Formålet med omorganiseringen er å styrke det forebyggende rusmiddelarbeidet. Denne omleggingen er et ledd i Regjeringens mål om fornyelse og effektivisering av forvaltningen, samt et bidrag til målet om å øke tjenesteytingen og føre mer ansvar og myndighet ut til lokalt nivå. En rekke oppgaver overføres fra Rusmiddeldirektoratet til andre aktører på rusmiddelfeltet. Det vil etter dette være tre sentrale miljøer for rusmiddelforebyggende arbeid: Statens institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon, Norgesnettet av de regionale kompetansesentrene med ansvar for etterutdanning, kompetansestyrking og stimulering av forebyggende tiltak i kommunene, samt Rusmiddeldirektoratet med ansvar for forvaltning og tilsyn med lovregulerte tiltak som følger av alkoholloven, og for holdningsskapende tiltak på sentralt nivå.

5.2 Andre organisasjons- og strukturendringer innenfor det enkelte forvaltningsorgan

Institusjonene på forebyggingsområdet

I St.prp. nr. 1 (1999-2000) ble det redegjort for at Sosial- og helsedepartementet skulle sette i gang et arbeid med en *analyse av grensesnittet mellom nivå 2-institusjonene på forebyggingsområdet*. Dette omfatter Statens institutt for folkehelse, Statens strålevern, Kreftregisteret, Statens tobakksskaderåd, Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet og Statens helseundersøkelser. I tillegg skulle en vurdere enkelte funksjoner tillagt Rusmiddeldirektoratet. Målet med analysen som gjennomføres av Asplan analyse på oppdrag fra departementet, har vært å vurdere organisatoriske tiltak med sikte på ytterligere måloppnåelse på forebyggingsfeltet og en mer effektiv utnyttelse av kompetanse og ressurser, slik at den statlige helseforvaltningen effektivt kan møte de fremtidige utfordringer i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Analysen gjennomføres i to trinn. Rapport fra trinn I foreligger, og er en gjennomgang av virksomhetsområdene tobakk, rus, ernæring, fysisk aktivitet og helseopplysning ved Statens tobakksskaderåd, Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, Statens helseundersøkelser, samt deler av virksomheten ved Rusmiddeldirektoratet. Analysen konkluderer med at det er et effektiviseringspotensiale innenfor disse områdene. Dette gjelder særlig innenfor datainnsamling, helseopplysning og kontakt med felles målgrupper. Når det gjelder konklusjoner og anbefalinger om eventuelle større organisatoriske endringer mv., vil dette drøftes i analysens del II, som er en helhetlig og overordnet analyse av den statlige organiseringen av det samlede forebyggingsfeltet. Endelig rapport skal foreligge i oktober 2000.

En arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet har utredet behovet for fortsatt *statlig finansiering av befolkningsrettede helseundersøkelser*, og har konkludert med at slike undersøkelser bør videreføres. Spørsmål om statlige myndigheters videre engasjement i befolkningsrettede undersøkelser tas opp til bredere vurdering i sammenheng med oppfølgingen av grensesnittsanalysen og vurderingen av den fremtidige organiseringen av forebyggingsfeltet. Det vises for øvrig til omtale under kap. 712 Statens helseundersøkelser.

Det tas sikte på å presentere en modell for den framtidige organiseringen av forebyggingsfeltet i revidert nasjonalbudsjett 2001.

Sosial- og helsedepartementet foreslår å nedlegge *SOHO- Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver* som medlemsorganisasjon i tråd med anbefalingene fra et samlet årsmøte i organisasjonen. Det vises til en nærmere omtale under kap. 713 Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet.

Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver mv.

Etat for rådssekretariater mv. har organisert en egen forvaltningsenhet som omfatter sekretariatet for fordelingsnemda for funksjonshemmedes organisasjoner, avdeling for sjeldne funksjonshemninger og enkelte andre oppgaver knyttet til virksomheten. Fra 1. januar 2001 vil etaten overta driftsansvaret for Tannhelse kompetansesenteret for sjeldne medisinske tilstander (TAKO). Tidligere er TAKO drevet i regi av Universitetet i Oslo ved Odontologisk fakultet med tilskudd fra etaten. Se for øvrig omtale under kap. 676, post 01.

Etablering av Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

Det er vedtatt opprettet et Statens autorisasjonskontor underlagt Statens helsetilsyn som omtalt i St.prp. nr. 61 (1999-2000). Autorisasjonskontoret vil bli tillagt samtlige oppgaver knyttet til godkjenning av helsepersonell og turnustjeneste som i dag blir utført av Fylkeslegen i Oslo. I tillegg vil tilsvarende oppgaver som blir håndtert ved de øvrige fylkeslegekontorene bli overført til det nye kontoret.

Omorganisering av den statlige legemiddelforvaltningen

Det er besluttet å etablere et Statens legemiddelverk med base i Statens legemiddelkontroll, jf. omtale i St.prp. nr. 61 (1999-2000). Avdeling for apotek og legemidler ved Statens helsetilsyn og hovedparten av dens sentrale oppgaver flyttes 1. januar 2001 til den nye legemiddelforvaltningen. Saksbehandlingsansvaret for blåreseptsøknader ble flyttet fra Rikstrygdeverket til Statens legemiddelkontroll 1. oktober 2000. Før en etablering av den nye legemiddelforvaltningen kan finne sted, må det avklares i detalj hvilke arbeidsoppgaver utover behandling av refusjon etter blåreseptforskriftens § 9 som skal flyttes til den nye etaten. Det må også avklares hvilke ressurser som skal overføres til den nye etaten. I den forbindelse er det nedsatt to prosjektgrupper som ser på henholdsvis grenseflaten mellom Rikstrygdeverket og Statens legemiddelkontroll, og mellom Statens helsetilsyn og Statens legemiddelkontroll. Førstnevnte gruppe leverer sin sluttrapport i oktober, mens sistnevnte gruppe skal levere sin sluttrapport innen 15. november.

Dersom arbeidet i prosjektgruppene tilsier det, vil departementet komme tilbake til spørsmålet i et tilleggsnummer til St.prp. nr. 1 (2000-2001).

Endring av finansieringsform ved Statens rettstoksikologiske institutt

Sosial- og helsedepartementet reduserer driftsbevilgningen under kap. 711 Statens rettstoksikologiske institutt (SRI) med 8,3 mill. kroner (rammeoverføring til Justisdepartementet). Dette er budsjettmidler knyttet til de analyser SRI gjennomfører på "påvirkning og bruk av andre stoffer enn alkohol". SRI har, frem til 2000, fått sine utgifter knyttet til denne type analyser dekket over Sosial- og helsedepartementets bevilgning (inntil 7250 saker) pluss stykkpris finansiert over Justisdepartementets budsjett på saker over 7250 (i 1999 beløp dette seg til 8 mill. kr). I 1999 utgjorde således påvirkning- og brukssakene ca. 16 mill. kroner og dette var ca. 25 pst. av SRIs totalbudsjett dette året. SRI fakturerer nå politidistriktene direkte for alle analyser av påvirknings- og brukssaker som gjelder andre stoffer enn alkohol.

6 IT og statistikkarbeid

6.1 Informasjonsteknologi og elektronisk kommunikasjon

Helsesektoren står overfor store utfordringer og må ta i bruk de mulighetene som IT-utviklingen gir for å gjøre helsetjenester mer tilgjengelig for befolkningen samt øke effektivitet og kvalitet. Videreutvikling av sektorens anvendelse av IT skal bidra til bedre tjenester og informasjon til befolkningen.

Handlingsplanen for IT i helsesektoren, "Mer helse for hver bIT" gjaldt for perioden 1997-2000. Planen ble i 1999 fulgt opp gjennom en statlig tiltaksplan for 1999-2000. Sosial- og helsedepartementet vil legge frem en ny tiltaksplan for IT i helse- og sosialsektoren i løpet av høsten 2000. En ny plan vil bli utviklet i samarbeid med Samarbeidsforum, som er en etablert arena for samarbeid mellom statlig og kommunal/fylkeskommunal sektor om IT og elektronisk samhandling i helsesektoren.

Bred gjennomføring av elektronisk kommunikasjon i sektoren vil være avhengig av at man får etablert et helsenett som ivaretar helsesektorens krav til informasjonssikkerhet, kvalitet og

tilgjengelighet, og som tilrettelegger for sikker elektronisk kommunikasjon mellom sykehus og primærhelsetjenesten, herunder pleie- og omsorgstjenester i alle fylker/regioner. En hovedsatsing de nærmeste tre årene vil være å videreutvikle de regionale helsenettene og knytte disse sammen til et nasjonalt helsenett som tilbyr sikker tilgang mot Internett.

Helsenett vil være en felles kommunikasjonskanal for en rekke ulike anvendelser som telemedisin, elektroniske meldinger, epost, tilgang til informasjonstjenester i nettet, og må koordineres med det nasjonale nettet for kommunikasjonsberedskap. En koordinert videreføring av IT-utviklingen i sektoren er viktig for å understøtte helsepolitiske og organisatoriske reformer i sektoren som for eksempel fritt sykehusvalg og innsatsstyrt finansiering.

En ny tiltaksplan vil sees i sammenheng med og støtte gjennomføringen av Nærings- og handelsdepartementets handlingsplan eNorge.

6.2 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, forskningsinistusjoner samt OECD og nordiske samarbeidsorganer under Nordisk Ministerråd.

Sosial- og helsedepartementet arbeider for at informasjonssystemer skal bygge på allmenne standarder, både når det gjelder innhold (definisjoner og kodeverk) og når det gjelder formidlingsmåte (tekniske standarder mm). Dette er forutsetninger for samvirke av systemer og for effektiv bruk (og gjenbruk) av informasjon. Utviklingen innen IKT åpner nye muligheter for datainnhenting og informasjonsformidling. Mulighetene utnyttes bl.a. i KOSTRA og i de mange internettbaserte statistikktjenester.

IT i trygdeetaten

IT-plan for trygdeetaten 2001-2003 er utarbeidet som en videreføring av IT-handlingsplan for 1998-2000, og er forankret i etatens IT-strategi for perioden 1998-2002. Modernisering av saksbehandlingssystemene og satsing på elektronisk samhandling er hovedsatsingsområder i årene framover.

7 Forskning og annen kunnskapsutvikling

FoU har en sentral plass i arbeidet for å utvikle en bedre og mer effektiv sosial-, helse- og omsorgssektor. Forskningsbasert kunnskap og kompetanse innhentes gjennom langsiktig satsing i regi av Norges forskningsråd, gjennom oppdragsforskning, grunnfinansiering av forskningsinstitutter, driftsstøtte til forskningsmiljøer, regionsykehustilskudd og som en integrert del av virksomheten til underliggende etater. Sosial- og helsedepartementet utfører og gir støtte også til forsøksvirksomhet, utrednings- og utviklingsarbeid som ikke er forskningsbasert.

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 2001 foreslås en økt satsing til disse feltene på i overkant av 45 mill. kroner. Satsingen går i hovedsak til styrking av forskningen ved regionsykehusene samt til viktige programmer og satsinger i regi av Norges forskningsråd som mat og helse, helse i arbeidslivet, alternativ medisin, mental helse og eldre og helse. Styrkingen går også til viktige helseundersøkelser som helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) og programmet "Bedre helse for mor og barn".

7.1 Forskning i regi av Norges forskningsråd

Forskning i regi av Norges forskningsråd har i hovedsak et anvendt siktemål i realiseringen av overordnede mål for helse-, sosial- og trygdesektoren. Departementets sektoransvar innebærer bl.a. å utvikle langsiktige strategier for kunnskapsoppbygging på disse områdene. I 2001 vil Sosial- og helsedepartementet bidra til finansiering av forskningsprogrammer og strategiske satsinger med til sammen i overkant av 123 mill. kroner. Sammenholdt med tildelingen til Forskningsrådet for 2000 er dette en økning på i overkant av 24 mill. kroner. I denne økningen ligger også 5 mill. kroner i økning til programmene Mental helse og Helsetjenester og helseøkonomi fra kap. 743 Statlige stimuleringstiltak for psykisk helsevern. Ca. 5 mill. kroner av økningen skyldes overføring fra andre poster hvorfra Forskningsrådet tidligere ble tildelt midler.

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

Kap/post	Betegnelse	Forslag 2001
614.50	Norges forskningsråd	7 000
675.50	Norges forskningsråd	24 400
2600.50	Norges forskningsråd	5600
701.50	Norges forskningsråd	28 800
719.50	Norges forskningsråd	26 900
739.50	Norges forskningsråd	25 600
I alt		118 300

De forskningsprogrammene og strategiske satsingene Sosial og helsedepartementet er med å finansiere, er bl.a.: Informasjons- og kommunikasjonsteknologi i helsetjenesten, Miljø og helse, Helsetjenester og helseøkonomi, Helse og livsstil, Mental helse, Helse i arbeidslivet, Pasientnær klinisk forskning og alternativ medisin, Mat og helse, Kreftforskning, Antibiotikaresistens, Næringsrettet bio- og genteknologi, IT-Funksjonshemmede, Kommunelovprogrammet, samt Velferdsprogrammet – samfunn, familie og oppvekst.

De enkelte programmene og satsingene omtales under de respektive 50-poster.

7.2 Direktefinansiert forskning og driftstilskudd

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

- Kap. 2600 Trygdeetaten, post 21 Spesielle driftsutgifter: Forskning og utredning innenfor trygdeområdet. Oppfølging av Sandmann-utvalgets innstilling hvor fokus er på utvikling av sykefraværs- og uførepensjonsområdet. Utredninger i forbindelse med utarbeidelse av handlingsplan for sosial og økonomisk tryggeht. Utredninger knyttet til forvaltning og praktisering av regelverket. Fortsatt finansiering av 12 trygdeforskerstillinger ved NOVA, UiO (Trygdemedisin) og UiB (Trygdeøkonomi). Støtte til oppbygging av databaser og utvikling av ny statistikk og indikatorsystem på trygdesektoren.
- Kap. 701 Forskning og forsøksvirksomhet, post 21 Spesielle driftsutgifter:
  Evaluering av fastlegereformen. Studier av primærlegetjenesten. Planlegging av senter for samisk helseforskning ved UiTø. Tilskudd til Senter for helseadministrasjon. Driftsstøtte til Institutt for Genøkologi (GENØK).
- Kap. 705 Kursvirksomhet og stipendier post 60 Rekruttering med mer av helsepersonell: Psykiatrisk forskningssenter i Finnmark. Program for faglig utvikling og forskning ved UiTø
- Kap. 710 post 21: Programmet "Bedre helse for mor og barn"
- Kap. 719. Helsefremmende og forebyggende arbeid, post 21 Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren: Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT)
- 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, som ledd i kompetanseoppbygging på fagområder som kvalitetsutvikling, sykehusadministrasjon og effektiv sykehusdrift ved sykehusene.
- Kap. 739 Andre utgifter, post 65 Kreftbehandling m.m.: Kreftforskning i regi av Senter for medisinsk metodevurdering, bl.a. innenfor områdene overial cancer, lindrende behandling og palliativ kreftkirurgi.
- Kap. 743 Statlige stimuleringstiltak for psykisk helsevern, post 60: Utvikling av ny kunnskap og bedret behandlingstilbud innen schizofreni (TIPS-prosjektet), post 70 Tilskudd til forskn-

ing, videre –og etterutdanning: Evaluering av opptrappingsplan for psykisk helse.

7.3 Forskningsdelen av regionsykehustilskuddet

Regionsykehustilskuddet har vært gitt som et økonomisk bidrag til det spesielle ansvar og de særlige funksjoner som regionsykehusene har. Gjennom regionsykehustilskuddet yter staten et generelt kostnadsbidrag til regionsykehusenes forskning. For en stor del er dette klinisk forskning som er en del av pasientbehandlingen. Regionsykehusene har bl.a. ansvar for å ivareta landsfunksjoner og høyt spesialisert pasientbehandling, samt drift av kompetansesentra på spesielle fagfelt. Betegnelsen "kompetansesenter" brukes om en tverrfaglig organisasjon som har et særlig ansvar for å drive forskning, videreutvikling av feltet, veiledning og undervisning av fagfolk og ev. pasienter og deres pårørende. Innenfor regionsykehustilskuddet gis et særskilt tilskudd til forskning. Dette er rettet mot konkrete forskningsprosjekter og foreslått økt med 17,6 mill. kroner i 2001. Det vises til nærmere omtale under kap. 730, post 62.

7.4 Forskning i regi av underliggende etater

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

Som et ledd i omorganiseringen av det statlige ansvaret for forebygging av rusmiddelproblemer etableres et nytt institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon som et statlig forvaltningsorgan underlagt departementets instruksjonsmyndighet. Virksomhetsområdet omfatter arbeidsoppgaver og ansvarsområder fra det tidligere Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, samt fra dokumentasjonsvirksomheten i Rusmiddeldirektoratet. Instituttets formål og hovedprioriteringer vil være å utføre vitenskapelige undersøkelser av spørsmål i forbindelse med bruk og misbruk av rusmidler, samt å skape kunnskap om bruk av rusmidler med særlig vekt på sosialvitenskapelige problemstillinger.

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

Kap/post	Betegnelse	Forslag 2001
710.01	Statens institutt for folkehelse. Driftsutgifter	201 600
712.01	Statens helseundersøkelser. Driftsutgifter	46 770
715.01	Statens strålevern. Driftsutgifter	48 000
716.01	Kreftregisteret. Driftsutgifter	32 100

Tabell 7.3 Kap 612 Statens institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon. FoU-andelen er ikke beregnet (Beløp i 1000 kr)

Kap/post	Betegnelse	Forslag 2001
612.01	Statens institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon . Driftsutgifter	21 200

7.5 Forsøk og utvikling

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

- Kap. 614 Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmisbrukere m.v:
  Tiltak i Handlingsplanen for sosialtjenestens førstelinje "Kunnskap og brubygging"
- Kap. 675 Tiltak for eldre og funksjonshemmede, post 21 Spesielle driftsutgifter:
  Forsøks- og utviklingsarbeid knyttet til rekruttering, kvalifisering og arbeidsmiljø for ansatte i pleie- og omsorgssektoren. Kvalitetsutvikling av tilbudet til mottakere av pleie- og omsorgstjenestene, ombudsordning, oppfølging av rapport om sykehjemmenes rolle og funksjon i pleie- og omsorgstjenestene og utvikling av nytt informasjonssystem for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) i KOSTRA.
- Kap. 674 Handlingsplan for funksjonshemmede, post 21 Spesielle driftsutgifter:
  Forsøks- og utviklingsarbeid knyttet til handlingsplan for funksjonshemmede med bredt samarbeid med andre departementer.
- Kap. 701 Forskning og forsøksvirksomhet, post 21 Spesielle driftsutgifter:
  Utvikling av tannhelsetjenesten. Alternativ medisin – samarbeidsavtale med Kina. Støtte til komiteen for farmasøytisk etterutdanning. Utarbeiding og oppfølging av tiltaksplan for IT i helsesektoren, med bl.a utvikling av nasjonalt helsenett.
- Kap. 718 Rehabilitering, post 21 Spesielle driftsutgifter:
  Støtte utrednings- og utviklingsarbeid innen feltet rehabilitering, herunder oppfølging av St meld nr 21 (1998 – 1999) Ansvar og meistring. Finansiere tidsbegrensede prosjekt og utredninger med et anvendt siktemål med spesiell vekt på rehabilitering, kvinnehelse og helse og kultur.
- Kap 719 post 71 Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort. Utvikling av samlivs- og prevensjonstiltak for å redusere abortraten m.v, bl a prevensjonsforsøket i Trondheim kommune
- Kap. 739 Andre utgifter post 21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren:
  Utvikling av system for Internettpublisering av informasjon om fritt sykehusvalg.
- Kap 743. Statlige stimuleringstiltak for psykisk helsevern, postene 60, 63 og 70: Utrednings- og utviklingsarbeid, tilskudd til styrking av psykisk helsevern i fylkene (kompetansesentra i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri), tilskudd til forskning, videre- og etterutdanning.
- Kap. 2600 Trygdeetaten, post 21 Spesielle driftsutgifter: Samarbeidsprosjekter mellom arbeidslivet og trygdeetaten for å redusere sykefraværet. Idèbank for sykefravær. Forsøk vedrørende vedtaksmyndighet på uføreområdet-

8 Sektorovergripende miljøvernpolitikk

8.1 Problemer og utfordringer knyttet til miljø og helse

En forutsetning for god helse er et sunt og helsefremmende miljø. Det er en utfordring og en betydelig oppgave for helsemyndighetene å forstå og analysere interaksjoner mellom menneskelige aktiviteter og det fysiske og biologiske miljøet. Kunnskap om slike interaksjoner er grunnlaget for at forbedrende tiltak kan iverksettes. Ofte vil tiltak høre inn under andre sektorers ansvarsområder, slik som utforming av arbeidsmiljøet, trafikkregulering, utforming av barnehager og skoler, bo- og nærmiljø. Dette krever god koordinering og kommunikasjon med andre sektorer i samfunnet.

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

øke hyppigheten av vanlige sykdommer og virke som en delårsak sammen med andre faktorer.

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

Det er viktig også å fokusere på miljørelaterte helsegoder, dvs. de deler av miljøet som har lite støy og forurensning, ikke er trafikkfarlige og som bidrar til god helse og trivsel. Stikkord for dette er stedskvalitet, identitet og tilhørighet, estetikk, friluftsliv, natur- og kulturopplevelse, rekreasjon osv. Hvordan samfunnet planlegges rent fysisk, kan virke helsefremmende på mange områder.

8.2 Mål

Sammen med Miljøverndepartementet har Sosial- og helsedepartementet utarbeidet Handlingsplan for miljø og helse som ble lagt fram tidlig i år 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.

8.3 Rapport om aktiviteten i 1999

Om aktivitetsrapport og måloppnåelse for 1999 vises det til de årlige resultatrapporteringer fra Statens institutt for folkehelse, Statens strålevern og Kreftregisteret under programkategori 10.10. Statens helsetilsyn og fylkeslegene utgir rapporter om tilsyn med miljørettet helsevern i kommunene.

8.4 Tiltak

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

Sosial- og helsedepartementet arbeider med en ny generell forskrift for miljørettet helsevern i kommunene. Siktemålet er å gjøre forskriftsverket 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 forebygging av ulykker gjennom samordnet innsats. Foruten å stimulere til lokalt engasjement legges det vekt på informasjon, kompetansehevning, samarbeidstiltak og på å oppnå en bedre registrering av ulykker.

Handlingsplan mot astma, allergi og inneklimasykdommer (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 samarbeide 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 tross alt er i på dette området.

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

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 nærområder*. Dette arbeidet ledes av Utenriksdepartementet og er basert på en rammeavtale mellom Norge og Russland.

Alle de statlige underliggende spisskompetanseorganer har sektorovergripende funksjoner. Statens institutt for folkehelse, Statens tobakksskaderåd, Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, Statens helsetilsyn og fylkeslegene gir sentrale og lokale helsemyndigheter råd om, samt utreder og deltar i overvåking av miljøforurensning og miljøgifter. Ved alle landets fylkeslegekontorer er det nå opprettet rådgivere for forebyggende helsearbeid slik at statlige planer og tiltak lettere kan bli iverksatt også på lokalplanet.

Folkehelsa driver forskning bl.a. for å fremskaffe grunnlag for helsemessig risikovurdering. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet arbeider for å fremme folks muligheter for øket fysisk aktivitet gjennom bl.a. å påvirke planlegging av gang- og sykkelstier. Av hensyn til helseskader ved passiv røyking er det fortsatt viktig å skape røykfrie innearealer. Røykfrie arbeidsplasser og røykfrie hjemmemiljøer er viktige satsingsområder.

Statens strålevern har arbeidet med å kartlegge og overvåke ioniserende stråling i lokalmiljøet og mulige helseeffekter av dette. 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 mot kreftsykdommer i landet. I egenskap av en forskningsinstitusjon tar Kreftregisteret i samarbeid med andre forsknings- og universitetsmiljøer sikte på å belyse årsaker, risikofaktorer og forhold av betydning for forebygging og behandling av utvalgte kreftformer. Yrkes- og miljøbetingete kreftsykdommer vil fortsatt ha høy prioritet.

8.5 Tabeller over samlede budsjettmessige miljøvernpolitiske satsing

Tabell 8.1 Oversikt over bevilgninger til miljøvernpolitisk satsing. (Mill. kr)

Institusjon	1999 mill. kr	2000 mill. kr	2001 mill. kr
Statens institutt for folkehelse	41,1	42.5	44.0
Statens strålevern	16.6	19.3	27.9
Statens helsetilsyn	12.5	8.6	9.7
Statens tobakksskaderåd	17.0	20.5	21,0
Kreftregisteret	16.2	16.8	17,2
Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet	0.7	2.0	2.5
Sum	104.1	109.7	122,3

9 Oversiktstabeller

Forslag til statsbudsjett for 2001 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 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001	Pst. endr. 00/01
	Administrasjon				
0600	Sosial- og helsedepartementet (jf. kap. 3600)	158 788	160 700	166 800	3,8
0604	Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v. (jf. kap. 3604)	84 855	94 230	96 900	2,8
	Sum kategori 09.00	243 643	254 930	263 700	3,4
	Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmisbruk m.v.				
0610	Rusmiddeldirektoratet (jf. kap. 3610)	141 058	139 720	81 580	-41,6
0612	Statens institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon (jf. kap. 3612)	11 620	8 160	21 200	159,8
0614	Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmisbrukere m.v.	189 526	238 150	233 950	-1,8
0616	Statens klinikk for narkomane (jf. kap. 3616)	23 332	23 130	23 630	2,2
	Sum kategori 09.10	365 536	409 160	360 360	-11,9
	Kontantytelser				
0660	Krigspensjon	997 646	1 022 000	1 003 000	-1,9
0664	Pensjonstrygden for sjømenn	199 188	189 000	185 000	-2,1
0666	Avtalefestet pensjon (AFP)	384 384	437 000	497 000	13,7
	Sum kategori 09.60	1 581 218	1 648 000	1 685 000	2,2
	Eldre og funksjonshemmede				
0670	Tiltak for eldre	2 104 485	2 762 200	3 505 700	26,9
0673	Tiltak for funksjonshemmede	1 451 397	1 210 300	1 153 750	-4,7
0674	Handlingsplan for funksjonshemmede	90 050	91 100	86 600	-4,9
0675	Tiltak for eldre og funksjonshemmede	46 336	60 950	87 600	43,7
0676	Kompetansesentra for funksjonshemmede	75 025	69 840	117 850	68,7
	Sum kategori 09.70	3 767 293	4 194 390	4 951 500	18,1
	Sum programområde 09	5 957 690	6 506 480	7 260 560	11,6
	Helsetilsyn m.m.				
0700	Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 3700)	231 048	220 050	234 100	6,4
0701	Forskning og forsøksvirksomhet	95 249	139 400	164 800	18,2
0702	Nemnd for bioteknologi	5 738	5 670	5 820	2,6

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001	Pst. endr. 00/01
0703	Helsetjenesten for innsatte i fengsel	72 515	66 650	68 770	3,2
0704	Giftinformasjonssentralen (jf. kap. 3704)	9 485	9 570	12 000	25,4
0705	Kursvirksomhet og stipendier	113 734	127 400	133 500	4,8
	Sum kategori 10.00	*527 769*	*568 740*	*618 990*	*8,8*
	Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering				
0710	Statens institutt for folkehelse (jf. kap. 3710)	346 162	305 300	320 100	4,8
0711	Statens rettstoksikologiske institutt (jf. kap. 3711)	70 863	57 260	52 160	-8,9
0712	Statens helseundersøkelser (jf. kap. 3712)	52 306	40 459	47 920	18,4
0713	Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (jf. kap. 3713)	25 098	36 770	36 800	0,1
0714	Statens tobakksskaderåd (jf. kap. 3714)	34 684	41 690	42 700	2,4
0715	Statens strålevern (jf. kap. 3715)	103 247	45 400	80 850	78,1
0716	Kreftregisteret (jf. kap. 3716)	37 924	27 983	32 800	17,2
0718	Rehabilitering	122 895	115 527	11 400	-90,1
0719	Helsefremmende og forebyggende arbeid	174 403	121 600	116 050	-4,6
	Sum kategori 10.10	*967 582*	*791 989*	*740 780*	*-6,5*
	Somatiske spesialisttjenester				
0730	Fylkeskommunenes helsetjeneste	16 165 021	16 610 100	18 744 200	12,8
0731	Rikshospitalet	1 440 257	1 162 500	1 068 600	-8,1
0733	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling	4 513	4 530	4 700	3,8
0734	Det norske Radiumhospital	430 541	297 900	298 600	0,2
0735	Statens senter for epilepsi (jf. kap. 3735)	125 844	123 470	132 300	7,2
0737	Barnesykehus (jf. kap. 3737)	43 805	42 700	44 200	3,5
0738	Helsetjenesten på Svalbard (jf. kap. 3738)	13 766	11 280	12 500	10,8
0739	Andre utgifter	671 226	848 800	871 600	2,7
	Sum kategori 10.30	*18 894 973*	*19 101 280*	*21 176 700*	*10,9*
	Psykisk helsevern				
0740	Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (jf. kap. 3740)	18 190			
0742	Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter	19 308	20 930	24 300	16,1
0743	Statlige stimuleringstiltak for psykisk helsevern	1 404 411	1 750 200	2 038 600	16,5
	Sum kategori 10.40	*1 441 909*	*1 771 130*	*2 062 900*	*16,5*

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001	Pst. endr. 00/01
	Legemidler				
0750	Statens legemiddelkontroll (jf. kap. 3750 og 5578)	71 923	83 650	105 400	26,0
0751	Apotekvesenet (jf. kap. 3751 og 5577)	66 476	81 870	76 600	-6,4
	Sum kategori 10.50	*138 399*	*165 520*	*182 000*	*10,0*
	Helse- og sosialberedskap				
0797	Helse- og sosialberedskap	12 435	11 690	12 000	2,7
	Sum kategori 10.90	*12 435*	*11 690*	*12 000*	*2,7*
	Sum programområde 10	**21 983 067**	**22 410 349**	**24 793 370**	**10,6**
	Sum utgifter	**27 940 757**	**28 916 829**	**32 053 930**	**10,8**

Veksten i utgiftene fra 2000 til 2001 er på 3 137 mill. kroner eller på 10,8 pst. Utgiftsveksten under programområde 09. Sosiale formål er på 754 mill. kroner eller 11,6 pst. og veksten under programområde 10. Helsevern 2 383 mill. kroner eller på 10,6 pst. Av utgiftsveksten på Sosial- og helsedepartementets del av statsbudsjettet, ekskl. folketrygden, på 3 137 mill. kroner er 2 985 mill. kroner styrking av kommuneposter (60-poster).

Vel 60 mill. kroner er økning i overføringene til private (70-poster), som skyldes økte utgifter til Avtalefestet pensjon (AFP).

Om lag 95 mill. kroner er nettoøkning under øvrige poster til drift av institusjoner, forskning m.m. Herunder økte utgifter i forbindelse med lønnsoppgjøret i 2000 på 34 mill. kroner. Det ble fra og med 1. januar 2000 innført refusjon til statlige etater for utbetalte sykepenger til statlig ansatte. Driftsbevilgningen i saldert budsjett 2000 var basert på bruttobevilgning inklusiv utgifter til sykepenger. Driftsutgiftene for 2001 er imidlertid eksklusiv utgifter til sykepenger som vil bli dekket gjennom refusjon. Reduksjonen i budsjettrammene som følge av innføring av refusjon for sykepenger er derfor ikke reell.

Inntekter fordelt på kapitler:

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001	Pst. endr. 00/01
	Administrasjon				
3600	Sosial- og helsedepartementet (jf. kap. 600)	2 496	5	5	0,0
3604	Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v. (jf. kap. 604)	3 733			
	Sum kategori 09.00	*6 229*	*5*	*5*	*0,0*
	Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmisbruk m.v.				
3610	Rusmiddeldirektoratet (jf. kap. 610)	18 025	13 200	8 896	-32,6
3612	Statens institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon (jf. kap. 612)	3 995	320	330	3,1
3613	Statens fond for alkoholfrie overnattings- og serveringssteder	10 000			
3616	Statens klinikk for narkomane (jf. kap. 616)	14 616	16 730	17 232	3,0
5527	Vinmonopolavgiften m.m.	27 900	40 900	19 700	-51,8
5631	Aksjer i A/S Vinmonopolet	48 378	38 302	42 202	10,2
	Sum kategori 09.10	*122 914*	*109 452*	*88 360*	*-19,3*
	Kontantytelser				
3661	Sykepenger	615 614	40 000		-100,0
	Sum kategori 09.60	*615 614*	*40 000*		*-100,0*
	Sum programområde 09	**744 757**	**149 457**	**88 365**	**-40,9**
	Helsetilsyn m.m.				
3700	Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 700)	20 145	770	10 793	1 301,7
3704	Giftinformasjonssentralen (jf. kap. 704)	22			
	Sum kategori 10.00	*20 167*	*770*	*10 793*	*1 301,7*
	Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering				
3710	Statens institutt for folkehelse (jf. kap. 710)	107 955	65 640	67 609	3,0
3711	Statens rettstoksikologiske institutt (jf. kap. 711)	19 163	730	752	3,0
3712	Statens helseundersøkelser (jf. kap. 712)	8 704	2 360	2 631	11,5
3713	Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (jf. kap. 713)	2 282	65	67	3,1
3714	Statens tobakksskaderåd (jf. kap. 714)	700	45	46	2,2
3715	Statens strålevern (jf. kap. 715)	56 837	630	31 349	4 876,0

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001	Pst. endr. 00/01
3716	Kreftregisteret (jf. kap. 716)	14 055	1 130	1 164	3,0
	Sum kategori 10.10	*209 696*	*70 600*	*103 618*	*46,8*
	Somatiske spesialisttjenester				
3735	Statens senter for epilepsi (jf. kap. 735)	82 068	78 470	82 825	5,5
3737	Barnesykehus (jf. kap. 737)	6 961	4 910	5 057	3,0
3738	Helsetjenesten på Svalbard (jf. kap. 738)	2 645	1 390	1 432	3,0
3739	Behandlingsreiser til utlandet (jf. kap. 739)	9 418	9 750		-100,0
	Sum kategori 10.30	*101 092*	*94 520*	*89 314*	*-5,5*
	Psykisk helsevern				
3740	Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (jf. kap. 740)	7 338			
	Sum kategori 10.40	*7 338*			
	Legemidler				
3750	Statens legemiddelkontroll (jf. kap. 750)	1 343	154	159	3,2
3751	Apotekvesenet (jf. kap. 751)	531	206	212	2,9
5577	Avgift til staten av apotekenes omsetning (jf. kap. 751)	94 201	89 300	105 300	17,9
5578	Avgift på farmasøytiske spesialpreparater (jf. kap. 750)	66 023	82 950	90 950	9,6
	Sum kategori 10.50	*162 098*	*172 610*	*196 621*	*13,9*
	Sum programområde 10	**500 391**	**338 500**	**400 346**	**18,3**
	Sum inntekter	**1 245 148**	**487 957**	**488 711**	**0,2**

10 Stillings- og årsverkoversikt

Tabell 10.1 Årsverk pr. 1. mars 1999 og pr. 1. mars 2000 i henhold til Statens sentrale tjenestemannsregister

		Årsverk pr. 1/3-99	Årsverk pr. 1/3-00
600	Sosial- og helsedepartementet	299	309
604	Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v.1)	28	67
610	Rusmiddeldirektoratet	53	53
612	Statens institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon	17	16
616	Statens klinikk for narkomane	46	49
	Sum område 09 Sosiale formål	443	494
700	Statens helsetilsyn og fylkeslegene	479	490
702	Nemnd for bioteknologi	5	5
704	Giftinformasjonssentralen	12	14
710	Statens institutt for folkehelse	426	435
711	Statens rettstoksikologiske institutt	91	94
712	Statens helseundersøkelser	75	79
713	Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet	14	17
714	Statens tobakkskaderåd	13	15
715	Statens strålevern	81	88
716	Kreftregisteret	53	52
731	Rikshospitalet	3 514	3 632
733	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger	5	8
734	Det norske Radiumhospital	1 312	1 346
735	Statens senter for epilepsi	222	227
737	Barnesykehus	85	88
738	Helsetjenesten på Svalbard	19	19
750	Statens legemiddelkontroll	98	114
	Sum område 10 Helsevern	6 504	6 723
	Sum områdene 09 og 10	6 947	7 217
	Folketrygden:		
2600	Trygdeetaten	7 042	7 097
2603	Trygderetten	57	60
	Sum område 29 Sosiale formål	7 099	7 157
	Sum Sosial- og helsedepartementet	14 053	14 374

11 Garantiordninger

Tabell 11.1 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-tilsagn 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 gjeldende apoteklov har det vært 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 trer i kraft 1. mars 2001. Det legges opp til vesentlig friere etablering enn i dag, jf. Ot.prp. nr. 29 (1998-99) og Innst. O nr. 52 (1999-2000).

Departementet ser det ikke som naturlig å videreføre ordningen med statsgaranterte lån i en situasjon der etableringene 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.

Den nye apotekloven imøteses med stor interesse hos etablerte apotekere så vel som hos aktører som vurderer nyetableringer. Departementet har merket seg at store aktører har posisjonert seg gjennom ulike former for avtaler med allerede etablerte apotek. Posisjoneringen nådde i 2000 et slik omfang at muligheten for reell økt konkurransen under ny apoteklov ble truet. Av den grunn varslet departementet i brev til Statens helsetilsyn av 2. juni 2000 at man ved behandling av konsesjonssøknader under dagens apoteklov, skulle se hen til intensjonen i ny apoteklov. Hensynet til økt konkurranse skulle i større grad tillegges vekt i konsesjonsbehandlingen.

Departementet vil i størst mulig grad tilstrebe like rammevilkår for alle aktører. I tråd med dette, og med intensjonen bak brevet av 2. juni, foreslår departementet at det fra 1. januar 2001 ikke gis flere statsgaranterte lån.

12 Bruk av stikkordet "kan overføres"

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

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

Tabell 12.1 Bruk av stikkordet "kan overføres"

(i 1 000 kr)

Kap.	Post	Betegnelse	Overført til 2000	Forslag 2001	Begrunnelse for stikkordet
0610	70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid	272	54 200	Prosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
0614	63	Utvikling av sosialtjenesten og rusmiddeltiltak	6 061	162 700	Forskjell i utbetalingen i de enkelte år
0670	61	Tilskudd til omsorgstjenester	26 192	3 495 400	Forskjell i utbetalingen i de enkelte år
0673	62	Tilskudd til utskriving av unge funksjonshemmede		39 000	Forskjell i utbetalingen i de enkelte år
0673	65	Psykisk utviklingshemmede med sikringsdom	129	35 000	Forskjell i utbetalingen de enkelte år
0674	21	Spesielle driftsutgifter		41 600	Prosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
0719	21	Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren		35 500	Forskjell i utbetalingen i de enkelte år
0719	70	Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien og smittevern	805	26 000	Prosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
0730	64	Tilskudd til utstyr på sykehus	374 166	764 000	Investeringsprosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
0730	66	Helseregionale og andre samarbeidstiltak	935	30 000	Prosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
0739	64	Tilskudd til RIT 2000	5 780	125 900	Byggeprosjekt
0739	65	Kreftbehandling m.m.	1 756	216 800	Forskjell i utbetalingen i de enkelte år
0743	60	Utredninger og utviklingsarbeid	11 176	78 700	Prosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
0743	61	Tilskudd til psykososialt arbeid for flyktninger	13 558	17 100	Prosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
0743	62	Tilskudd til psykiatri i kommuner		823 500	Tilkuddet er avhengig av målkrav. Forskjell i utbetalingen i de enklelte år.
0743	63	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern i fylkene		816 400	Tilkuddet er avhengig av målkrav. Forskjell i utbetalingen i de enklelte år.
0743	64	Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern for voksne	6 960	56 000	Tilkuddet er avhengig av målkrav. Forskjell i utbetalingen i de enklelte år.
0743	65	Utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom	91 221	19 000	Tilkuddet er avhengig av målkrav. Forskjell i utbetalingen i de enklelte år.
0743	70	Tilskudd til forskning, videre- og etterutdanning	2 195	134 500	Prosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling

Del II
Budsjettforslaget

Programområde 09 sosiale formål
Programkategori 09.00 Administrasjon m.v.

Utgifter under programkategori 09.00 fordelt på kapitler:

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001	Pst. endr. 00/01
0600	Sosial- og helsedepartementet (jf. kap. 3600)	158 788	160 700	166 800	3,8
0604	Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v. (jf. kap. 3604)	84 855	94 230	96 900	2,8
	Sum kategori 09.00	243 643	254 930	263 700	3,4

Utgifter under programkategori 09.00 fordelt på postgrupper:

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001	Pst. endr. 00/01
01-23	Statens egne driftsutgifter	188 528	192 600	202 300	5,0
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	4 518	8 700	6 600	-24,1
70-89	Andre overføringer	50 597	53 630	54 800	2,2
	Sum kategori 09.00	243 643	254 930	263 700	3,4

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

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	154 270	152 000	160 200
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	4 518	8 700	6 600
	Sum kap 0600	158 788	160 700	166 800

Overført fra 1999 til 2000:
Post 01: 4 398 000 kroner
Post 45: 832 000 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.

Nedenfor gis det en kort presentasjon av departementets avdelinger:

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

Budsjett- og økonomiavdelingen har ansvaret for koordinering av departementets budsjettarbeid og det overordnede økonomistyringsarbeidet.

Helseavdelingen er fagavdeling for tjenester og tiltak overfor personer med psykiske lidelser, allmennlegetjeneste – herunder fastlegeordningen, jordmortjeneste, fysioterapitjeneste, tannhelsetjeneste, genteknologi og legemiddelfeltet – herunder blåreseptordningen og apoteklovgivningen. Regulering, utdanning og godkjenning av helsepersonell, alternativ medisin, helsetjeneste for samisk befolkning og saker knyttet til erstatning, personvern og pasientrettigheter er også tillagt avdelingen.

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

Forebyggings- og rehabiliteringsavdelingen er fagavdeling for forebyggende og helsefremmende arbeid og for rehabilitering, herunder forebyggingslovgivningen (strålevern, smittevern, miljørettet helsevern, næringsmidler, vern mot tobakkskader m.v.), samordning av departementets tiltak og utviklingsarbeid på rehabiliteringsområdet etatstyring av statlige forebygingsinstitusjoner, og har et generelt ansvar for epidemiologiske registre og for arbeid med helse og levekår. Arbeid med næringsmidler, mattrygghet og ernæring ble samlet i egen seksjon høsten 2000 i den hensikt å opprioritere dette fagområdet.

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

*Sosialavdelinge*n er fagavdeling for økonomisk sosialhjelp, sosialtjenesten og rusmiddelpolitikken, herunder forebygging av rusmiddelmisbruk og tiltak for rusmiddelmisbrukere.

Pleie- og omsorgsavdelingen er fagavdeling for pleie- og omsorgstjenestene, sykehjem, aldershjem, hjemmesykepleie og øvrige kommunale hjemmetjenester etter lov om sosial tjenester, statlig politikk overfor eldre og funksjonshemmede, herunder oppfølging av Handlingsplan for funksjonshemmede og Handlingsplan for eldreomsorg.

Tilpasning til nytt økonomireglement

Sosial- og helsedepartementet er i ferd med å implementere et IT-basert tilskuddsforvaltningssystem. Intensjonen bak det nye systemet er å høyne kvaliteten i saksbehandlingen og gjøre den raskere og enklere, samt å forbedre økonomistyringen i tilskuddsforvaltningen.

Spesifikasjon av eksisterende råd, nemnder og utvalg pr. 1. september 2000:

A. Finansiert over kap. 600.

Råd:

- Rusmiddelpolitisk råd
- Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet

Utvalg/arbeidsgrupper:

- Forsikringsselskapers rett til helseopplysninger
- Klageorgan – Vinmonopolet

- Nasjonal handlingsplan for helsefremmende arbeid
- Sykdomsrelaterte trygdeytelser
- Utredning av xenotransplantasjoner
- Utredning om biologisk prøvetaking i arbeidslivet
- Utvalg for vurdering av helsemessige konsekvenser ved bruk av genmodifiserte næringsmidler
- Biobankutvalget
- Statens sykehusråd ble i 2000 omgjort til Nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet.

B. Finansiert over andre kapitler enn kap. 600

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

Budsjettforslag for 2001

Økningen av budsjettforslaget under post 01 skyldes bl.a. økt husleie, 2 nye stillinger samt økte lønnsutgifter i forbindelse med lønnsoppgjørene i 2000.

Antall årsverk var 299 pr. 1. mars 1999 og 309 pr. 1. mars 2000 i følge det sentrale tjenestemannsregisteret. Forberedelse og gjennomføring av tunge reformer på Sosial- og helsedepartementets område i 2001 vil medføre en betydelig administrativ belastning.

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

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
02	Salg av publikasjoner m.v.	146	5	5
16	Refusjon fødselspenger	2 322		
17	Refusjon lærlinger	28		
	Sum kap 3600	2 496	5	5

Post 16 Refusjon fødselspenger

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

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

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	34 258	40 600	42 100
70	Tilskudd til frivillighetssentraler	50 597	53 630	54 800
	Sum kap 0604	84 855	94 230	96 900

Overført fra 1999 til 2000 :
Post 01: 1 631 000 kroner

Post 01 Driftsutgifter

1. Formål og hovedprioriteringer

Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v. omfatter følgende enheter: sekretariatene for Frivillighetens samarbeidsorgan (FRISAM), Statens eldreråd, Statens råd for funksjonshemmede og Fordelingsnemnda for tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner, og Avdeling for sjeldne funksjonshemninger og Trenings- og Rådgivnings Senteret (TRS). Videre er sekretariatene for rådgivende gruppe som skal følge praktiseringen av sosialtjenestelovens kap. 6A og for et offentlig utvalg som skal vurdere funksjonshemmedes rettigheter lagt til etaten. Etaten utfører også enkelte informasjons- og utredningsoppdrag for departementet.

Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver (SOHO) er overført til Rådet for ernæring og fysisk aktivitet fra 1. januar 2000.

En sentral felles prioriteringssak er etatens videre utvikling og samarbeid på de ulike fagområder. Enhetenes hovedprioriteringer fremgår i punkt 5.2.

2. Resultatrapport 1999

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

3. Tilstandsvurdering

Det arbeides videre med best mulig å hente ut det effektiviseringspotensialet som ligger i samarbeid om administrative og andre oppgaver.

4. Satsingsområder og resultatmål for 2001

Etaten må arbeide videre med best mulig tilrettelegging av både administrative, forvaltningsmessige og faglige oppgaver for å sikre best mulig ressursutnyttelse. Viktige områder er bla. informasjonsvirksomhet og forvaltning av tiltakene rettet mot sjeldne funksjonshemninger.

5. Nærmere om de forskjellige områdene

5.1 FRISAM (Frivillighetens samarbeidsorgan)

FRISAM er opprettet på permanent basis fra og med 2000.

Formål og hovedprioriteringer

FRISAM skal forvalte statstilskuddene til frivillighetssentralene og stimulere frivillig arbeid i Norge. FRISAM driver informasjonsvirksomhet, kompetanseutvikling, initierer forsøk, utredning og forskning, og gir veiledning ved oppstart av frivillighetssentraler. Styret har ansvar for senterets virksomhet, forvaltningen av statstilskuddet og behandling av søknader til enkeltprosjekter. Senteret er sekretariat for Kontaktforum og styre. Kontaktforum er en drøftings- og møteplass for medlemsorganisasjonene.

Resultatrapport for 1999

Kontaktforum har hatt økt aktivitet som debattarena for frivillige organisasjoner og offentlige myndigheter. Arbeidet med oppretting av frivillighetssentraler i 1999, er omtalt under kap. 604, post 70.

Satsingsområder og mål for 2001

Kontaktforum skal videreutvikles som samarbeidsorgan. Forsøks- og utviklingsarbeid og informasjonsvirksomheten videreføres. Arbeidet med frivillighetssentraler er omtalt under post 70.

5.2 Statens eldreråd

Formål og hovedprioriteringer

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

Resultatrapport for 1999

Rådet vedtok i 1998 et langtidsprogram. Overordnet mål er å bedre levekårene både for eldre generelt og de med særskilte behov. Rådet svarer på henvendelser, gir høringsuttalelser og innspill til arbeid med offentlige dokumenter, driver informasjonsvirksomhet og deltar i møtevirksomhet nasjonalt og internasjonalt. Rådet har hatt medlemmer i den nasjonale komiteen for FNs internasjonale eldreår, utarbeidet og distribuert informasjonsmateriell, og deltatt på konferanser innen- og utenlands med presentasjon av den norske eldreårsmodellen. Rådet har satt i gang en kartlegging av eldres representasjon i kommunestyrer og fylkesting, tatt initiativ til evaluering av eldrerådenes virksomhet, og informert på konferanser for eldrerådene.

Satsingsområder og mål for 2001

Rådets vil arbeide for at FNs prinsipper for eldre i verden innarbeides i offentlige mål- og handlingsplaner, følge gjennomføringen av Handlingsplan for eldreomsorgen, arbeide for bedring av bo- og behandlingstilbudet og rettssikkerheten for psykisk syke/demente eldre. Arbeide for bedring av kvaliteten på saksbehandling/vedtak i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, bidra til eldres deltakelse i eldreråd, drive informasjonsvirksomhet og videreføre arbeidet i EURAG (europeisk organisasjon for eldre, m.fl.)

5.3 Statens råd for funksjonshemmede

Formål og hovedprioriteringer

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

Resultatrapport for 1999

Rådet har arrangert idedugnad og vært representert i en rekke nasjonale og internasjonale fora. Det har gitt innspill til gjennomføringen av Handlingsplan for funksjonshemma med særlig vekt på tilgjengelighet, planlegging, brukermedvirkning, nasjonal transportplan, IKT, reiseliv og arbeid. Rådet har sammen med KS gjennomført en informasjonskampanje om FNs standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemning, utgitt et idehefte for fylkeskommunale og kommunale råd og informert om ledsagerbevis.

Tilstandsvurdering

På tross av målsettinger om full deltaking og likestilling og bedring av funksjonshemmedes levekår, viser analyser at funksjonshemmede ofte har dårligere levekår enn gjennomsnittet for befolkningen i form av dårligere økonomi, svakere arbeidstilknytning og lavere utdanning (jf. St. meld. nr. 50 (1998-99)).

Satsingsområder og mål for 2001

I hht. arbeidsprogrammet (1999-2003) vil rådet prioritere utdanning, arbeid, bolig og tjenester for funksjonshemmede, samt spørsmål knyttet til barn og unge og kvinner med funksjonshemning.

Rådet skal gjennomføre WHO konferansen "Rethinking Care" i samarbeid med Sosial- og helsedepartementet og funksjonshemmedes organisasjoner, se omtale under kap. 675, post 70.

5.4 Fordelingsnemnda for tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner.

Nemnda består av 5 medlemmer som er oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet etter forslag fra funksjonshemmedes organisasjoner. Nemnda fordeler 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.

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

Formål og hovedprioriteringer

Etaten skal koordinere og videreutvikle de landsdekkende tiltakene for små og mindre kjente grupper funksjonshemmede. Med dette menes: medfødte og sammensatte sykdommer og tilstander med inntil 100 kjente individer pr. mill. innbyggere. 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, RTV, Arbeidsdirektoratet, Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og KS som gir råd om koordinering av tilbudene for denne gruppen, herunder prioritering av statlige midler til kompetanseutvikling, kunnskapsformidling og utvikling av landsdekkende tilbud.

Resultatrapport for 1999

Det er relativt mange smågrupper, slik at en ikke har kunnet bygge opp et landsdekkende tilbud til alle samtidig.

Koordinering og videreutvikling av landsdekkende tiltak for gruppen har vært en prioritert oppgave. Ca 20 flere diagnosegrupper får et tilbud i løpet av 2000 og 2001. En gratis informasjonstelefon (grønn telefon) er i drift fra annet halvår 1999. Avdelingen har mottatt henvendelser fra brukere, pårørende og fagfolk om i alt 111 diagnoser, de fleste av disse har ikke noe landsdekkende tilbud. Det er utgitt en brosjyre om tilbudet ved kompetansesentrene. Fordeling av diagnosegrupper mellom sentrene og alternative samarbeidsformer har vært prioritert arbeidsområde.

Rådgivende utvalg har vedtatt en anbefaling for videre fordeling av diagnosegrupper mellom sentrene. Det skal kun være ett smågruppesenter med ansvar for den enkelte diagnosegruppe.

Tannhelsekompetansesenteret (TAKO) videreutvikler tilbudet i oralmedisin. Samlokalisering mellom flere av sentrene vurderes og hvordan sentrene hensiktsmessig kan benytte hverandres ressurser. Frambu prøver ut flere former for opphold for å kunne gi flere diagnosegrupper tilbud. Arbeidet med fordeling av diagnosegrupper på sentrene videreføres, slik at beslektede behov samles på samme senter.

Tilstandsvurdering

Det arbeides med krav til rapportering for virksomheten ved sentrene. Det er i dag ikke mulig med fullstendig sammenligning, men sentrene synes å bli brukt ulikt av det øvrige tjenesteapparatet. En stor andel av henvendelsene er direkte fra personer med de aktuelle tilstandene og deres pårørende.

Satsingsområder og mål for 2001

Det skal samles og utvikles kunnskap om sjeldne funksjonshemninger, både om medisinske forhold og betingelsene for et selvstendig liv og deltakelse i samfunnet. Det skal formidles kunnskap og informasjon til funksjonshemmede, pårørende, organisasjoner og det offentlige hjelpeapparat, samt utdanningsinstitusjonene. Bygge opp en informasjonstjeneste og drive en informasjonstelefon. Behov for særskilte nasjonale tiltak for bistand til det ordinære hjelpeapparatet skal løpende vurderes. Et forum for samarbeid og erfaringsutveksling mellom de ulike kompetansesentrene videreføres. Man skal vurdere hvordan den samlede kapasiteten kan utnyttes optimalt slik at flere grupper kan få et landsdekkende tilbud.

En omtale av tiltak og institusjoner for funksjonshemmede som etaten vil ha ansvaret for i 2001 er gitt under kap. 676, post 01 og 70.

5.6 Trenings- og Rådgivnings Senteret (TRS)

Fra 1. juli 1999 er TRS ved Sunnaas sykehus overført fra Oslo kommune til Staten, og er inntil videre organisert som en egen avdeling under etaten.

Formål og hovedprioriteringer

TRS er et nasjonalt kompetansesenter for 7 grupper funksjonshemmede med sjeldne, medfødte tilstander. Målgruppen er personer med en av de 7 diagnosene, deres familier og fagpersoner. TRS formål er å fremme brukerens muligheter til å utvikle sitt potensiale i forhold til mestring av egen livssituasjon. Hovedoppgavene er fordelt på brukerrettet arbeid, systematisering og utvikling av kunnskap og kompetanse, samt spredning av denne.

Resultatrapport 1999

Det var registrert 977 brukere ved utgangen av 1999. TRS arbeidet med 726 saker, en økning på ca. 7 pst.. 73 pst. av henvendelsene kom fra brukere og pårørende, mens 19 pst. kom fra fagpersoner. Antall opphold og liggedøgn er økt med hhv 22 pst. og 15 pst. fra 1998. Brukere, deres familier og det lokale hjelpeapparat følges også opp i lokalmiljøet. Det ble bl.a. ferdigstilt informasjonspakker for 4 av diagnosegruppene.

Tilstandsvurdering

Det vises til generell omtale under punkt 5.5.

Satsingsområder og mål for 2001

Innen kompetanseoppbygging vil hovedvekten bli lagt på de to nyeste diagnosegruppene. En faglig kartlegging og beskrivelse av diagnosegruppene påbegynnes parallelt med databaseinnsamling om forhold ved det å ha en av de sju diagnosene. Kunnskapsspredningen vil målrettes sterkere. Tilbud om opphold ved senteret, hjemmebesøk og samarbeid med det lokale hjelpeapparatet vil bli justert i samsvar med de konklusjonene som kan trekkes fra evalueringen i 2000.

5.7 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).

Formål og hovedprioriteringer

Gruppen består av 10 medlemmer og en sekretariatsleder og er med virkning fra 1. januar 1999 oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet. Gruppen har i likhet med kap 6A en funksjonstid på tre år, fram til 1. januar 2002. Gruppen skal følge med i praktiseringen av kap. 6A, vurdere praksis i forhold til rettssikkerhetsspørsmål og den faglige utviklingen, og gi myndighetene innspill om praksis og behov for regelendringer. Den skal gi 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.

Resultatrapport for 1999

Gruppen har vært i full virksomhet i hht. mandatet.

Satsingsområder og mål for 2001

Sosialtjenesteloven kap. 6A er midlertidig og gjelder fram til 1. januar 2002. Gruppen har foreslått at virketiden for kap. 6A bør forlenges med to år fram til 1. januar 2004, og at gruppens funksjonstid bør forlenges til 1. juli 2002. Departementet tar sikte på å legge fram en ot.prp. om eventuell forlengelse av virketiden for kap. 6A og gruppens funksjonstid så snart som mulig. Gruppen skal utarbeide en avsluttende rapport til departementet som vil være et grunnlag for departementets arbeid med regelverk som skal gjelde etter at virketida for kap. 6A utløper.

Det planlegges en nordisk konferanse om bruk av tvang i omsorgen for psykisk utviklingshemmede høsten 2001.

5.8 Andre forvaltningsoppgaver

Det er et mål å videreutvikle et fagmiljø i etaten som vil være en ressurs for departementet for oppgaver som gjelder administrasjon av tiltak og forsøk vedrørende tiltak for funksjonshemmede og eldre, kompetanseutvikling, erfarings- og kunnskapsspredning, veilednings- og informasjonsoppgaver vedrørende organisering av tjenester i forhold til etatens målgrupper, samt publikumsrettet informasjon.

Budsjettforslag for 2001

Det fremmes forslag om følgende endringer i etatens budsjett:

- 470.000 kroner fra kap. 604, post 70 for å styrke FRISAMs administrasjon.
- 200.000 kroner fra kap. 673, post 73 for å styrke sekretariatet for Fordelingsnemnda for tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner.

Antall årsverk i etaten pr. 1. mars 1999 var 28 og 66,9 pr. 1. mars 2000.

Post 70 Tilskudd til frivillighetssentraler

For å styrke FRISAMs administrasjon foreslås det at 470.000 kroner overføres til kap. 604, post 01.

Tabell 13.1 Oversikt over antall frivillighetssentraler og antall frivillige omregnet i årsverk

År	Antall sentraler med statsstøtte	Frivillig innsats omregnet i hele årsverk
1994	86	219
1995	115	243
1996	149	255
1997	175	357
1998	215	350
1999	231	385 [1)]
2000	236 [1)]	400 [1)]

[1)] Anslag

Formål og oppgaver.

Formålet med bevilgningen er å stimulere til etablering og drift av frivillighetssentraler. Sentralene skal være et bindeledd mellom folk som ønsker å yte en frivillig innsats, lokale frivillige organisasjoner, menigheter, kommuner, og mennesker som kan nyttiggjøre seg slik innsats. Sentralene 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. Institutt for samfunnsforskning gjennomfører fortløpende evaluering av aktiviteten i frivillighetssentralene.

Resultatrapportering og tilstandsvurdering

I 1999 ble det gitt midler til oppstart av 22 nye frivillighetssentraler. Målet for antall frivillighetssentraler var 236 ved utgangen av 1999. Ved utgangen av 1999 var 231 sentraler i drift mens fire sentraler ble lagt ned i 1999. Det foretas en løpende registrering av ulike tiltak, antall frivillige timer, antall brukere m.v. i alle sentraler som mottar statstilskudd. Det er særlig eldre og funksjonshemmede som får hjelp og kontakt ved sentralene.

3. Satsingsområder og mål

Det foreslås at bevilgningen videreføres på om lag samme nivå som i 2000 og at tilskuddet pr. sentral for 2001 økes fra 210 000 kroner til 215 000 kroner pr. hele driftsår. Inntil 3,5 mill. kroner av den del av tilskuddsbevilgningen som ikke går til driftstilskudd til sentralene, kan benyttes til informasjon, kompetanseutvikling, rådgivning, evaluering m.v. knyttet til frivillighetssentralene.

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

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
02	Salgs- og leieinntekter m.m.	3 733		
	Sum kap 3604	3 733		

Post 02 Salgs- og leieinntekter

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

Programkategori 09.10 Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmisbruk m.v.

Utgifter under programkategori 09.10 fordelt på kapitler:

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001	Pst. endr. 00/01
0610	Rusmiddeldirektoratet (jf. kap. 3610)	141 058	139 720	81 580	-41,6
0612	Statens institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon (jf. kap. 3612)	11 620	8 160	21 200	159,8
0614	Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmisbrukere m.v.	189 526	238 150	233 950	-1,8
0616	Statens klinikk for narkomane (jf. kap. 3616)	23 332	23 130	23 630	2,2
	Sum kategori 09.10	365 536	409 160	360 360	-11,9

Utgifter under programkategori 09.10 fordelt på postgrupper:

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001	Pst. endr. 00/01
01-23	Statens egne driftsutgifter	120 376	113 210	104 310	-7,9
50-59	Overføringer til andre statsregnskap		6 700	7 000	4,5
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	152 206	196 100	162 700	-17,0
70-89	Andre overføringer	92 954	93 150	86 350	-7,3
	Sum kategori 09.10	365 536	409 160	360 360	-11,9

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
- forvaltning av regelverk og oppfølging av tiltak som påvirker forbruk av alkohol og narkotika

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 å begrense skadevirkningene av alkohol, samt hindre misbruk av narkotika.

Det er i 2000 vedtatt å omorganisere det statlige arbeidet med forebygging av rusmiddelproblemer. Formålet med omorganiseringen er å styrke det lokale og regionale arbeidet med forebyggende tiltak, styrke kunnskapsproduksjonen og formidling, effektivisere håndteringen av enkelte forvaltningsoppgaver samt styrke det poli-

tisk/ strategiske arbeidet på forebyggingsområdet. Omleggingen er således et ledd i regjeringens mål om fornyelse og effektivisering av forvaltningen, samt et bidrag til målet om å føre mer ansvar og myndighet ut til lokalt nivå. En større del av de samlede ressursene flyttes nærmere kommunene, jf. St.prp. nr. 61 (1999-2000) Omprioriteringer og tilleggsbevilgninger på statsbudsjettet 2000 og Stortingets vedtak til denne. En rekke oppgaver overføres fra Rusmiddeldirektoratet til andre aktører på rusmiddelfeltet. Det vil etter dette være tre sentrale miljøer for rusmiddelforebyggende virksomhet med ansvar for forskning og dokumentasjon, etterutdanning, kompetansestyrking og stimulering av forebyggende tiltak i kommunene, og forvaltningsoppgaver. Det nye Statens institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon, Norgesnettet av de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, og det gjenværende Rusmiddeldirektoratet vil utgjøre viktige kompetansemiljøer. Departementet vil gjennom disse miljøene sikre seg bred og løpende tilgang til kunnskap og erfaringer som grunnlag for strategisk planlegging og politikkutforming.

Statens institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon, A/S Vinmonopolet, Rusmiddeldirektoratet og Statens klinikk for narkomane har ansvar for sentrale oppgaver innenfor det rusmiddelpolitiske området. Det vises til kapittelomtalene nedenfor for nærmere beskrivelser av oppgaver og ansvarsområder.

I hver kommune skal det være en sosialtjeneste. Sosialtjenesten har ansvar for de oppgaver som følger av sosialtjenesteloven, herunder økonomisk sosialhjelp og et helhetlig ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere. Fylkeskommunene har ansvaret for etablering og drift av institusjoner med tilknyttede spesialisttjenester for omsorg og behandling av rusmiddelmisbrukere.

Kap. 0610 Rusmiddeldirektoratet (jf. kap. 3610)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	50 201	49 120	27 380
60	Forebyggende og kompetansegivende tiltak	32 383	34 000	
70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid, *kan overføres*	58 474	56 600	54 200
	Sum kap 0610	141 058	139 720	81 580

Overført fra 1999 til 2000:
Post 01: 171 000 kroner
Post 70: 272 000 kroner

Formål og hovedprioriteringer

Hovedformålet med Rusmiddeldirektoratets virksomhet er å bidra til å forebygge rusmiddelproblemer ved forvaltning av og tilsyn med lovregulerte tiltak, og ved å fremme rusfri livsstil gjennom å ha ansvaret for enkelte nasjonale forebyggingsoppgaver. Direktoratets virksomhet vil i 2001 være konsentrert om følgende hovedområder:

Forvaltningsoppgaver etter alkoholloven, herunder bl.a.

- utøve bevillingsmyndighet, tilsyn og kontroll med bevillingsordningen for tilvirkning og engrossalg av alkoholholdig drikk
- gi veiledning og føre tilsyn med reklameforbudet
- forvaltning av tilskudd til landsomfattende frivillige rusmiddelforebyggende tiltak.
- ta initiativ til og gjennomføre landsdekkende informasjons- og holdningsdannende tiltak.

Resultatrapport 1999

Direktoratets virksomhet har i 1999 vært knyttet til følgende hovedområder:

Gjennomføring av handlingsplan for redusert bruk av rusmidler

Handlingsplan for redusert bruk av rusmiddel (1998-2000), jf. St.prp. nr. 58 (1997-98), er i første rekke en satsing på forebyggende rusmiddelarbeid, men omfatter også styrking av tiltakene for

rusmiddelmisbrukere i kommunene. Rusmiddeldirektoratet har hatt et sentralt gjennomføringsansvar for planen. Tiltak i handlingsplanen er tilpasset planens mål og strategier. De viktigste tiltakene 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 forebyggingsarbeid 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"
- stimulert kommunene i utarbeidelse av rusmiddelpolitiske handlingsplaner, samt tildelt stimuleringsmidler for iverksettelse av tiltak i planene. Det ble i 1999 gitt ut en veiledende mal for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan. I 1998 hadde 218 kommuner en slik plan
- direktoratet har arbeidet videre med å effektivisere forvaltningen av forbudet mot alkoholreklame

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

Den årlige publikasjonen "Rusmidler i Norge", med statistikk over tilgjengelighet, økonomi, skadevirkninger og kriminalitet knyttet til alkohol- og narkotikabruk, er utgitt i samarbeid med Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA). Det er i 1999 gjennomført kartlegging av det uregistrerte alkoholforbruket. På bakgrunn av data innrapportert fra kommunene, er rapporten "Kommunenes forvaltning av alkohollloven" publisert.

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

Tiltakene rettes inn mot å utsette alkoholdebuten, begrense drikkingen i ungdomstiden og å motivere for å avstå fra bruk av narkotika. Målgruppene er, foruten ungdommene selv, foreldre og andre voksenpersoner i de unges omgivelser.

Direktoratet har forvaltet tilskudd til forebyggende rusmiddeltiltak i kommunene, for å redusere alkohol- og narkotikabruken blant ungdom spesielt, og for å motvirke framveksten av uheldige rusmiljøer, spesielt i større byer og tettsteder. Det ble i 1999 innvilget tilskudd til 59 kommuner og to fylkeskommuner.

Det ble innvilget tilskudd til 18 prosjekter i regi av Norsk senter for rusfri miljøutvikling (NSRM).

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

Direktoratet har utgitt 19 nye publikasjoner/undervisningsopplegg i 1999. Antall forsendelser og antall utsendte publikasjoner har økt kraftig de siste årene, og kom i 1999 opp i 8160 forsendelser med 895.240 eksemplarer. Det har vært en markant økning i antall henvendelser om statistikk. Skoler og utdanningsinstitusjoner er de største brukerne av disse tjenestene med 23 prosent av alle henvendelser.

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

De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål og Norgesnettet for sentrene er knyttet til Nordlandsklinikken i Narvik, Vestmo behandlingssenter i Ålesund, Stiftelsen Bergensklinikkene i Bergen, Rogaland A-Senter i Stavanger, Borgestadklinikken i Skien, Rusmiddeletaten i Oslo og Sanderud Sykehus i Ottestad. Sentrene har som oppgave å bidra til kompetanseheving blant førstelinjepersonell, metode- og materiellutvikling samt opprettholde og videreutvikle andrelinjetjenestens spesialiserte tilbud. Det er gitt driftstilskudd og tilskudd til prosjekter knyttet til sentrenes ulike spesialområder.

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

Det er registrert et økende antall henvendelser med spørsmål om alkohollovgivningen. Økningen må sees i sammenheng med innføringen av kunnskapsprøven etter alkoholloven. Direktoratet videreførte arbeidet med å lage materiell, rundskriv og veiledning til kommunene for gjennomføring av kunnskapsprøven.

Direktoratet utgir tidsskriftet "Nyvågar" som dekker kompetansesentrenes arbeidsfelt, og delfinansierer Universitetsforlagets "Rus & avhengighet". Direktoratet yter også tilskudd til utgivelse av et felles nordisk forskningstidsskrift, "Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift".

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

Det ble i 1999 tildelt 26 bevillinger fordelt på 21 engrosbevillinger og fem tilvirkningsbevillinger. Per 31.12.1999 var det totalt 181 engros- og tilvirkningsbevillingshavere. I 1999 er det inndratt 38 bevillinger, hovedsakelig pga. frivillig opphør, samt fusjon/overdragelse som utløser krav om ny bevilling. 5 bevillingshavere fikk inndratt bevillingen pga. mislighold. Kontrollvirksomheten er videreført på samme nivå som tidligere, både gjennom stedlig kontroll og løpende dokumentkontroll.

Føre tilsyn og veiledning med reklameforbudet

I 1999 ble det registrert 95 nye saker om brudd på alkoholreklameforbudet. Direktoratet har i 1999 hatt spesiell fokus på Internett og bransjetidsskrifter.

Tilstandsvurdering

For en beskrivelse av utviklingen i forbruket av legale og illegale rusmidler, samt utfordringene man står overfor på forebyggingssiden, vises det til tilstandsvurderingen under kap. 0612 Statens institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon.

Satsingsområder og resultatmål for 2001

Kjernen i Rusmiddeldirektoratets virksomhet i den nye organisasjonsmodellen vil være forvaltning av og tilsyn med tiltak som følger av alkoholloven. Direktoratet skal:

- være bevillings- og tilsynsmyndighet for bevillingsordningen for tilvirkning og
- engrossalg av alkoholholdig drikk
- gi veiledning og føre tilsyn med alkoholreklameforbudet
- administrere kunnskapsprøven for styrere/stedfortredere
- administrere ordningen med mellommenn
- gi tillatelser til innførsel av alkoholholdig drikk
- gi panthavere tillatelse til salg av alkoholholdig drikk
- drive informasjonsformidling og veiledning om alkoholloven.

Rusmiddeldirektoratet skal virke for sentrale rusmiddelpolitiske målsettinger, som ett av flere kompetansemiljøer i den nye organisasjonen, samt gi råd til departementet i rusmiddelpolitiske spørsmål.

Direktoratet skal bidra til å fremme rusfri livsstil og miljøer gjennom å ha ansvaret for enkelte nasjonale forebyggingsoppgaver. Direktoratet skal stimulere til frivillig rusmiddelforebyggende arbeid, gjennom fordeling av tilskudd til og oppfølging av de landsomfattende frivillige organisasjonene på området. Direktoratet skal videre ta initiativ til og gjennomføre landsdekkende informasjons- og holdningsdannende tiltak, herunder produsere og distribuere informasjonsmateriell. Det vises i denne sammenheng til grensesnittsanalysen av arbeidsfordelingen mellom de statlige nivå II-institusjonene innen forebygging på helsesiden, som har sett på oppgaver og organisering av virksomhetsområdene tobakk, ernæring, fysisk aktivitet og helseopplysning, og også rusmidler. Videre oppfølging av analysen kan på sikt få konsekvenser for organisering av oppgaver innen primærforebygging på rusmiddelområdet. Det vises til omtale av grensesnittsanalysen under 5.2. (innledningen).

Spritkontrollen, som administrerer regelverk på Finansdepartementets område, ble midlertidig overført fra A/S Vinmonopolet til Rusmiddeldirektoratet 1. januar 1996. Som et ledd i den pågående omorganiseringen vil spritkontrollen bli tilbakeført til Finansdepartementet fra og med 1. januar 2001.

Merknader til budsjettforslaget

Post 01 Driftsutgifter

Omorganiseringen av det statlige arbeidet med forebygging av rusmiddelproblemer innebærer at en rekke arbeidsoppgaver, som i dag utføres av Rusmiddeldirektoratet, blir overført til andre aktører med virkning fra 1. januar 2001. Det foreslås følgende overføringer fra posten:

- 12 mill. kroner overføres kap. 0614, post 63 til styrking av de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål
- 9,7 mill. kroner overføres kap. 0612, post 01 i forbindelse med at dokumentasjonsfunksjonen overføres til det nye instituttet for rusmiddelforskning og dokumentasjon
- 0,5 mill. kroner overføres til kap. 0600, post 01 for styrking av Sosial- og helsedepartementets politisk/strategiske arbeid på forebyggingsområdet
- 2,2 mill. kroner overføres til kap. 1610 Toll- og avgiftsetaten i forbindelse med at Spritkontrollen overføres til Finansdepartementet fra 1. januar 2001

Antall årsverk i Rusmiddeldirektoratet i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 53 pr. 1. mars 1999 og 53,2 pr. 1. mars 2000. Det nye direktoratet vil etter omorganiseringen bli videreført med ressurser tilsvarende 25 stillinger.

I forbindelse med omorganiseringen er administrasjon av engrosbevillingsordningen effektivisert gjennom en reduksjon i driftsutgiftene, jf. kap. 3610, post 04.

Post 60 Forebyggende og kompetansehevende tiltak

Som et ledd i omorganiseringen av det statlige arbeidet med forebygging av rusmiddelproblemer, foreslås bevilgningen på posten i sin helhet overført til kap. 0614, post 63. Bevilgningen omfatter stimuleringsmidler til tiltaksutvikling i kommunene på forebyggingsområdet og driftstilskudd til de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål.

Post 70 Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid

Formålet med bevilgningen er å fremme rusfri livsstil og rusfrie miljøer. Posten omfatter drifts- og prosjekttilskudd til rusmiddelpolitiske organisasjoner, driftstilskudd til Alko-kutt og AKAN. Det særlige tilskuddet til Avholdsfolkets Landsråd for informasjons- og holdningstiltak om EU, og forhold som er knyttet til endrede drikkemønstre som følge av økt internasjonalisering, vil bli videreført. Posten omfatter også driftstilskudd og tilskudd til bedriftsprosjekter i regi av organisasjonene i Norsk senter for rusfri miljøutvikling (NSRM). Disse gir muligheter for aktiv rådgivning, personalopplæring og markedsføringstiltak for de alkoholfrie medlemsbedriftene.

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

Kap. 3610 Rusmiddeldirektoratet (jf. kap. 610)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
02	Salgs- og leieinntekter	1 314	1 200	1 236
03	Gebyrinntekter	1 113		
04	Gebyrinntekter	14 872	12 000	7 660
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	725		
17	Refusjon lærlinger	1		
	Sum kap 3610	18 025	13 200	8 896

Post 02 Salgs- og leieinntekter

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

Post 04 Gebyrinntekter

Gebyrinntektene skal dekke utgiftene til administrasjon av bevillingsordningen for tilvirkning og

engrossalg av alkoholholdig drikk, og omfatter både søknads- og bevillingsgebyrer. Utgiftene påløper i Rusmiddeldirektoratet, tollvesenet og Sosial- og helsedepartementet. I forbindelse med omorganiseringen av det statlige arbeidet med forebygging av rusmiddelproblemer, herunder omorganiseringen av Rusmiddeldirektoratet, er administrasjonen i tilknytning til ordningen effektivisert, jf. bl.a. kap. 0610, post 01. For å oppnå den nødvendige sammenheng mellom utgifter og inntekter, med bakgrunn i at bevillingsordningen skal være selvfinansierende, er inntjeningskravet for gebyrinntekter redusert. Inntekter i forbindelse med kontroll av teknisk sprit , 0,4 mill. kroner, foreslås overført til kap. 4610 som et ledd i at Spritkontrollen fra og med 1. januar 2001 ikke lenger skal høre inn under direktoratets ansvarsområde.

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

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	11 620	8 160	21 200
	Sum kap 0612	11 620	8 160	21 200

Overført fra 1999 til 2000:
Post 01: 127 000 kroner

Formål og hovedprioriteringer

Som ledd i omorganiseringen av det statlige arbeidet med forebygging av rusmiddelproblemer, etableres et nytt institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon som et statlig forvaltningsorgan underlagt departementets instruksjonsmyndighet. Forskningsfaglig er instituttet selvstendig. Instituttet etableres 1. januar 2001 etter en gradvis gjennomføring fra 1. oktober 2000. Virksomhetsområdet omfatter arbeidsoppgaver og ansvarsområder fra det tidligere Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, samt fra dokumentasjonsvirksomheten i Rusmiddeldirektoratet.

Instituttets formål og hovedprioriteringer vil være å utføre vitenskapelige undersøkelser av spørsmål i forbindelse med bruk og misbruk av rusmidler, samt å skape kunnskap om bruk av rusmidler, med særlig vekt på sosialvitenskapelige problemstillinger. Det skal spesielt arbeides for å belyse de problemer bruken av rusmidler fører til, problemenes årsaker og hvordan disse skal kunne løses eller reduseres gjennom offentlig og privat innsats. Forskningen kan deles i fire hovedområder: rusmiddelbruk og rusmiddelkultur, studier av forebyggende tiltak, konsekvenser av rusmiddelbruk og forskning omkring ulike behandlings- og omsorgstiltak. Instituttet skal formidle og informere om egen forskningsvirksomhet, og delta i informasjons- og opplysningsvirksomhet på rusmiddelområdet både nasjonalt og internasjonalt. Instituttet skal skape ny kunnskap, samt sikre at kunnskap dokumenteres, gjøres tilgjengelig og formidles til aktører og samarbeidsparter innen sektoren.

Instituttets ansvarsområde vil omfatte:
- forskning og forskningsformidling
- dokumentasjon
- bibliotektjenester

Det vises også til omtale av omorganiseringen under kap. 0610 Rusmiddeldirektoratet og kap. 0614 Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmisbrukere m.v.

Det nye instituttet skal ha forskning som sin primæraktivitet. For å sikre kunnskapsspredning og tilgjengelighet til forskningsresultater, statistikk og fagmateriale for viktige målgrupper, skal instituttet også ha dokumentasjon, formidling og faktainformasjon som viktige oppgaver. Instituttets bibliotek vil være et nasjonalt kompetansebibliotek for rusmiddelspørsmål.

Instituttet inngår i departementets sektororganisering som den virksomhet som har ansvar for kunnskapsproduksjon og faktaformidling til de øvrige virksomhetene i sektoren, med særlig vekt på kunnskapsformidling til de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål. Det skal ivareta kontaktfunksjonen for Norges deltakelse i EUs narkotikaovervåkingssenter (EMCDDA). Instituttet skal videre arbeide for et tettere samarbeid med relevante universitets- og høyskolemiljøer, samt andre fagmiljøer som har betydning for rusmiddelfeltet.

Resultatrapport 1999

Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning hadde i 1999 i gang 27 prosjekter. 7 prosjekter ble påbegynt og 3 prosjekter ble avsluttet i 1999, bl.a. en studie av utbredelsen av sprøytebruk blant stoffmisbrukere, herunder et nytt anslag for antallet sprøytebrukere i landet. Studien viste at det i løpet av 1990- tallet har skjedd en økning fra 4- 5000 til 9- 12 000 sprøytebrukere. En rapport om grensehandelen med alkohol fra Sverige og endringene i denne gjennom 1990-tallet, ble publisert. Samlet ble det publisert 43 vitenskapelige rapporter, tidsskriftartikler og bøker i 1999, dvs. 5 flere enn året før. Av de 43 arbeidene var 28 internasjonale publiseringer. Målt i antall årsverk ble det i 1999 satset mest på forskning om behandlings- og omsorgstiltak.

Tilstandsvurdering

Samlet har det registrerte alkoholforbruket regnet i liter ren alkohol gått ned med om lag 10 prosent fra 1980 til 1997. Det har i perioden vært en økning på henholdsvis 20 og 76 prosent for øl og vin, og en reduksjon for brennevin på rundt 60 prosent. Beregnede anslag over forbruket for 1998 og 1999 tyder på at forbruket av øl og brennevin har vært relativt stabilt og at forbruket av vin fortsatt øker. Samlet tyder tallene på at det registrerte forbruket regnet i liter ren alkohol er noe høyere enn i 1997.

SIFA har gjennom en årrekke fulgt utviklingen i det uregistrerte alkoholforbruket. Forskningsresultater tyder på at forbruket av hjemmeproduserte varer og smuglersprit er på samme nivå i 1999 som i 1979 (ca. 0,66 liter ren alkohol pr. innbygger 15 år og oppover, eller 2,5 flasker brennevin kjøpt på Vinmonopolet). I samme periode har imidlertid Vinmonopolets salg av brennevin gått betydelig ned, noe som betyr at den relative andelen lovlig vare er blitt mindre. Dette kan ha betydning for at det i dag kan synes som det uregistrerte forbruket er større enn hva det var for 20 år siden. Resultatene viser videre at det uregistrerte, men legale markedet (tax-free og grensehandel), har økt i samme periode. Tallene viser at det er tax-free handelen som står for den desidert største delen, mens omfanget av grensehandelen utgjør en liten del av omsetningen. Grensehandelen med Sverige anslås i 1999 til å være 0,08 liter ren alkohol pr. innbygger (0.06 i 1994), mens tax-free handelen i samme periode økte fra 0,55 til 0,60. Videre anslås at det uregistrerte forbruket av alkohol fordeler seg med rundt 60 pst. fra lovlige kilder og 40 pst. fra ulovlige kilder.

Sammenlignet med resten av Europa, er alkoholforbruket i Norge fremdeles lavt.

De høye norske prisene på alkohol og begrenset tilgjengelighet er viktige virkemidler for å redusere alkoholforbruket og minske de individuelle og samfunnsmessige skadene som kan følge av rusmiddelbruk. Eventuelle endringer i tilgjengelighet og i nivået på alkoholavgiftene vil derfor bli gjennomført i kombinasjon med andre virkemidler. Forebyggende tiltak, opplysnings- og informasjonsvirksomhet vil være virkemidler av stor betydning for å videreføre rusmiddelpolitiske mål.

Økt internasjonal, ulovlig produksjon og handel med narkotika har ført til økt tilgang på narkotiske stoffer også i Norge. På 80-tallet så det ut til at andelen unge som hadde brukt narkotiske stoffer var relativt stabil, men i siste halvdel av 1990-årene har blant annet bruken av cannabis økt vesentlig, og nye stoffer som ecstacy og GHB har fått innpass i en del ungdomsmiljøer. Misbruket av stoffer som amfetamin og heroin har fått betydelig geografisk spredning, og det har skjedd en fordobling av antallet hardt problembelastete misbrukere på 1990-tallet. Flere av disse er blitt mer nedslitte og forkomne, og dødeligheten i gruppen er høy. Det var 220 registrerte narkotikadødsfall i 1999, en nedgang på 50 fra 1998.

I 1999 oppga 14 pst. av ungdom mellom 15 og 20 år i Oslo, og 12 pst. på landsbasis, at de er for fritt salg av cannabis. Andelen som sier at cannabis bør bli legalt tilgjengelig, har økt på 90-tallet. Motstanden mot å bruke stoffet synes derfor å ha minsket, selv om det fremdeles er et stort flertall som ikke ønsker å legalisere eller avkriminalisere narkotiske stoffer.

Satsingsområder og resultatmål for 2001

Det forebyggende arbeidet på rusmiddelområdet skal styrkes, og ressursene skal utnyttes bedre enn i dag. Omorganiseringen av det statlige arbeidet med forebygging av rusmiddelproblemer forutsettes å bidra til dette. Statens institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon, Norgesnettet av kompetansesentrene og Rusmiddeldirektoratet skal delta i et tettere og mer forpliktende samarbeid, både i forhold til forskning og dokumentasjon, i forhold til initiering og styrking av konkrete forebyggende tiltak i kommunene, og i videreutvikling av samarbeidet med frivillige organisasjoner på sentralt nivå. Det forutsettes at hele landet får nytte av eksisterende og ny erfar-

ing om både forebyggende arbeid og andre tiltaksformer.

Satsingsområdene for det nye instituttet vil omfatte forskning, dokumentasjon og informasjon. Instituttet skal videreføre prosjekter som SIFA har igangsatt eller planlagt for den kommende perioden. Det skal legges stor vekt på dokumentasjon og at forskningen skal formidles. Instituttet skal videreføre prosjektet "forebygging.no" som er en interaktiv nettjeneste på forebyggingsområdet.

Merknader til budsjettforslaget

Post 01 Driftsutgifter

Omorganiseringen av det statlige arbeidet med forebygging av rusmiddelproblemer innebærer for det nye instituttet at det får overført forskningsoppgaver fra Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, og dokumentasjonsfunksjonen fra Rusmiddeldirektoratet. For å kunne ivareta oppgaver i tilknytning til dette, foreslås overført 9,7 mill. kroner til posten fra kap. 0610 Rusmiddeldirektoratet. Forslaget innebærer at det nye instituttet i tillegg til SIFAs budsjett, blir styrket med lønnsmidler tilsvarende 8 stillinger, samt til andre driftsutgifter tilknyttet dokumentasjonsfunksjonen.

Antall årsverk i SIFA i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 17 pr. 1. mars 1999 og 15,5 pr. 1. mars 2000. Det nye instituttet vil etter omorganiseringen ha en driftsramme tilsvarende 26 årsverk. SIFA hadde pr. 1. januar 2000 3 vitenskapelige ansatte på eksterne midler.

Kap. 3612 Statens institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon (jf. kap. 612)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
02	Oppdragsinntekter	3 749	320	330
16	Refusjon fødselspenger	246		
	Sum kap 3612	3 995	320	330

Post 02 Oppdragsinntekter

Statens institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon kan øke utgiftene (kap. 0612) mot tilsvarende merinntekter (kap. 3612), jf. romertallsvedtak. Dersom inntekten blir mindre enn det som er ført opp, må instituttet gjennomføre en tilsvarende innsparing under kap. 0612 post 01.

Kap. 3613 Statens fond for alkoholfrie overnattings- og serveringssteder

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
50	Refusjon fra fondet	10 000		
	Sum kap 3613	10 000		

Post 50 Refusjon fra fondet

Fondet ble besluttet avviklet ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (1998-99), jf. Budsjettinnst. S. nr. 11 (1998-99). Fondets frie midler er innbetalt til statskassen i 1999 og 2000.

Fondets kapital var pr. 31. desember 1999 på 12,3 mill. kroner, hvorav omløpsmidlene utgjorde 2,2 mill. kroner.

Det var ved utgangen av 1999 til sammen 21 løpende lån i fondet.

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

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
21	Spesielle driftsutgifter	35 223	32 800	32 100
50	Norges forskningsråd		6 700	7 000
63	Utvikling av sosialtjenesten og rusmiddeltiltak, *kan overføres*	119 823	162 100	162 700
70	Tilskudd	34 480	36 550	32 150
	Sum kap 0614	189 526	238 150	233 950

Overført fra 1999 til 2000:
Post 63: 6 061 000 kroner

Formål og hovedprioriteringer

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

Resultatrapport 1999

Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje (1998-2001)

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

- spre erfaringer fra utviklingsarbeid de senere årene
- heve kvaliteten og kompetansen i sosialtjenestens arbeid med klienter med sammensatte behov, herunder rusmiddelmiddelmisbrukere
- gjøre sosialtjenesten mer brukervennlig og tilgjengelig
- redusere tilfeldig forskjellsbehandling i fordeling av økonomisk stønad

Fylkesmannsembetene, i samarbeid med kommunene og kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, står for tilrettelegging og samordning av tiltakene i planen.

Sentrale virkemidler i 1999 har vært å videreføre og etablere kompetansehevende tiltak for ansatte i tjenestene, samt bistå med støtte til utviklingsprosjekter i kommunene. Alle fylkene har i løpet av 1999 gjennomført opplæringsprogram for ansatte i sosialtjenestens førstelinje. Opplæringsprogrammet retter seg både mot de generelle arbeidsoppgavene i sosialtjenesten og rusmiddelproblematikk. Flere av fylkesmannsembetene har i samarbeid med høyskolene etablert opplæringsprogrammet som videreutdanningskurs. Det er også etablert faglige fora i samtlige fylker, som skal bidra til utveksling av kunnskap og kompetanse.

Tverretatlig samarbeid. Samarbeidsforum mellom helse- og sosialtjenesten, trygde- og arbeidsmarkedsetaten

Staten har i rundskriv H-28/97 bedt kommunene ta initiativet til etablering av samarbeidsfora på ledernivå mellom helse- og sosialtjenesten, trygde- og arbeidsmarkedsetaten. Telemarksforsking-Bø har på oppdrag av Arbeids- og administrasjonsdepartementet gjennomført en evaluering av oppfølgingen av rundskrivet, herunder samarbeidsforaene. Hovedkonklusjonen i evalueringen av juni 2000 er at det i relativt stor utstrekning samarbeides om personer med sammensatte behov i kommunene, formelt og uformelt, både på ledelses- og saksbehandlernivå. Det store flertallet av kommunene har opprettet samarbeidsfora. De minste kommunene har i stor grad valgt andre samarbeidsformer enn faste samarbeidsfora. Det formaliserte samarbeidet fungerer stort sett godt, og det synes å gi visse resultater for målgruppene. Samarbeidsforaene synes imidlertid å fungere dårlig for de tyngre målgruppene som f.eks unge arbeidssøkere med sammensatte hjelpebehov, og rusmiddelmisbrukere. Arbeidskontorene var mest fornøyde med foraene, mens snaut halvparten av kommunene (sosialtjenesten) mente foraene fungerte godt eller svært godt. På fylkesnivå er det i de fleste fylker etablert et godt fungerende samarbeid mellom fylkestrygdekon-

tor, fylkesarbeidskontor og fylkesmann. Konklusjonene i evalueringen vil danne grunnlaget for iverksetting av tiltak som en oppfølging av St.meld. nr. 50 (1998-99) Utjamningsmeldinga i form av mer helhetlig kommunalt ansvar for aktivisering av langtids sosialhjelpsmottakere.

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 tapere. Stiftelsen har siden 1994 mottatt tilskudd til drift. Tilskuddet ble i mai 2000 økt med 150 000 til 800 000 kroner, som i forståelse med stiftelsen anses å muliggjøre forsvarlig drift.I følge tall fra stiftelsen har anslagsvis 43 000 mennesker kontaktet organisasjonen siden oppstarten i 1993.

Handlingsplan for redusert bruk av rusmidler

Rusmiddeldirektoratet har i hovedsak hatt ansvaret for de forebyggende tiltakene. I tillegg har A/S Vinmonopolet bidratt med informasjonsvirksomhet. (jf. resultatrapport under kap. 0610 Rusmiddeldirektoratet og kap. 5631 Aksjer i A/S Vinmonopolet for nærmere omtale) Det er gitt tilskudd til utvikling av kommunale rusmiddeltiltak, herunder botilbud til rusmiddelmisbrukere.

Rusmiddelpolitisk råd

Sosial- og helsedepartementet oppnevnte i desember 1998 Rusmiddelpolitisk råd med bakgrunn i St.prp. nr. 58 (1997-1998) *Handlingsplan for redusert bruk av rusmidler* (1998-2000). Rådet skal stimulere til bred rusmiddelpolitisk debatt og være bindeledd mellom myndighetene, partene i arbeidslivet, næringslivsorganisasjonene. forsikringsbransjen og de rusmiddelpolitiske organisasjonene på det forebyggende området. Rådet skal dessuten søke å mobilisere de ressursene medlemmene representerer, og tilskynde samarbeid mellom medlemsorganisasjonene der dette er hensiktsmessig.

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 er å bedre den enkeltes livssituasjon og forebygge overdosedødsfall gjennom en 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 vil kommunene motta tilskuddet som rammetilskudd, jf. St.prp. nr. 62 (1999- 2000) Om kommuneøkonomien 2001 m.v.

Metadonassistert rehabilitering og forsøk med buprenorfin

Tilbudet om metadonassistert rehabilitering var ved utgangen av 1998 landsdekkende. Spesialiserte sentra med regionalfunksjoner i Oslo, Bergen og Trondheim, sammen med en samarbeidsfunksjon i helseregion sør mellom Buskerud, Vestfold og Telemark, og mellom Vest- og Aust-Agder, dekker hele landet med inntaks- og veiledningsfunksjoner. De tre nordligste fylkene fikk i 1999 prosjektmidler til detaljplanlegging av en modell for metadonassistert rehabilitering i helseregion nord. Ved utgangen av 1999 var om lag 730 klienter inntatt i metadonassistert rehabilitering, og omlag 720 hadde søkt om inntak. I tillegg ble det gitt tilskudd til sentrene for metadonassistert rehabilitering i Oslo, Bergen og Kristiansand til forsøk med bruk av buprenorfinholdige legemidler i rehabiliteringsøyemed.

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, i tillegg til svært høye overdosedødsfall blant narkomane i 1998, ble det gitt tilskudd til lavterskel helsetiltak i 13 kommuner i 1999.

Tiltak for rusmiddelmisbrukere i fengsel

En høy andel av innsatte i norske fengsler har rusmiddelproblemer. Sosial- og helsedepartementet har gjennom flere år, i samarbeid med Justisdepartementet og Oslo kommune, tildelt midler til rehabiliteringstiltak for innsatte i Oslo kretsfengsel og Bredtveit fengsel og sikringsanstalt. Tiltaket i Oslo kretsfengsel er tidligere evaluert

av SIFA med positive resultater. Tiltaket ved Bredtveit er rettet mot kvinnelige innsatte med rus/psykiatriproblematikk, og målsettingen er økt livsmestring. Det ble foretatt en intern evaluering av tiltaket i 1998. Evalueringen 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 (PROsenteret) drives dels som et kommunalt hjelpetiltak for personer som prostituerer seg i Oslo, og dels som et nasjonalt kompetansesenter. Senteret har i 1999 også drevet oppsøkende arbeid, et botilbud og varmestue sammen med brukerne. Kirkens Bymisjon fikk via Oslo kommune tildelt midler til drift av Natthjemmet for prostituerte.

Tilskudd til frivillige organisasjoners arbeid for rusmiddelmisbrukere

I 1999 ble det gitt tilskudd til Stiftelsen Pinsevennenes Evangeliesenter, Stiftelsen KRAFT, Frelsesarmeens Nytt Liv Sentre, Stiftelsen RusNett og Blå Kors i Norge.

Klagesaksbehandling etter alkoholloven

Med virkning fra 1. januar 1998 ble det med hjemmel i alkoholloven innført begrenset klageadgang over de fleste kommunale vedtak i bevillingssaker. Fylkesmannen er klageinstans, og kan prøve om vedtakene er gyldige. I 1999 behandlet fylkesmennene 108 klagesaker. Det forventes at fylkesmennene pga ny bevillingsperiode vil få en økning i antallet klagesaker i 2000.

Forskning og utvikling

I 1999 ble forskningsprogrammet "Velferd og samfunn" under Norges forskningsråd avsluttet, men videreført og fornyet under programbenevnelsen "Velferdsprogrammet- samfunn, familie og oppvekst". Tilskuddet til Rusmiddelforskningsprogrammet under Norges forskningsråd ble videreført i 1999. Programmet varer ut år 2000, og har følgende hovedtema: behandling, omsorg og skadereduksjon, rusmiddelpolitiske veivalg, grunnlagsproblemer, rammebetingelser og konsekvenser for ulike kursretninger, forebygging, kultur og samfunn. Det ble i 1999 også gitt tilskudd til Program for Mental helse.

Norsk Forebyggingsforum

Sosial- og helsedepartementet oppnevnte i 1997 et bredt sammensatt, uavhengig forum for forebygging av rusmiddelmisbruk. I 1998 ble det satt i gang et prosjekt, "Access to par 1000", som er et landsomfattende tiltak for å motivere ungdom til fritidssysler uten rusmidler. Forumet ble avviklet ved utgangen av 1999. Oppfølgingen av igangsatte tiltak ble i 2000 overført Rusmiddeldirektoratet.

Nordisk og annet internasjonalt samarbeid

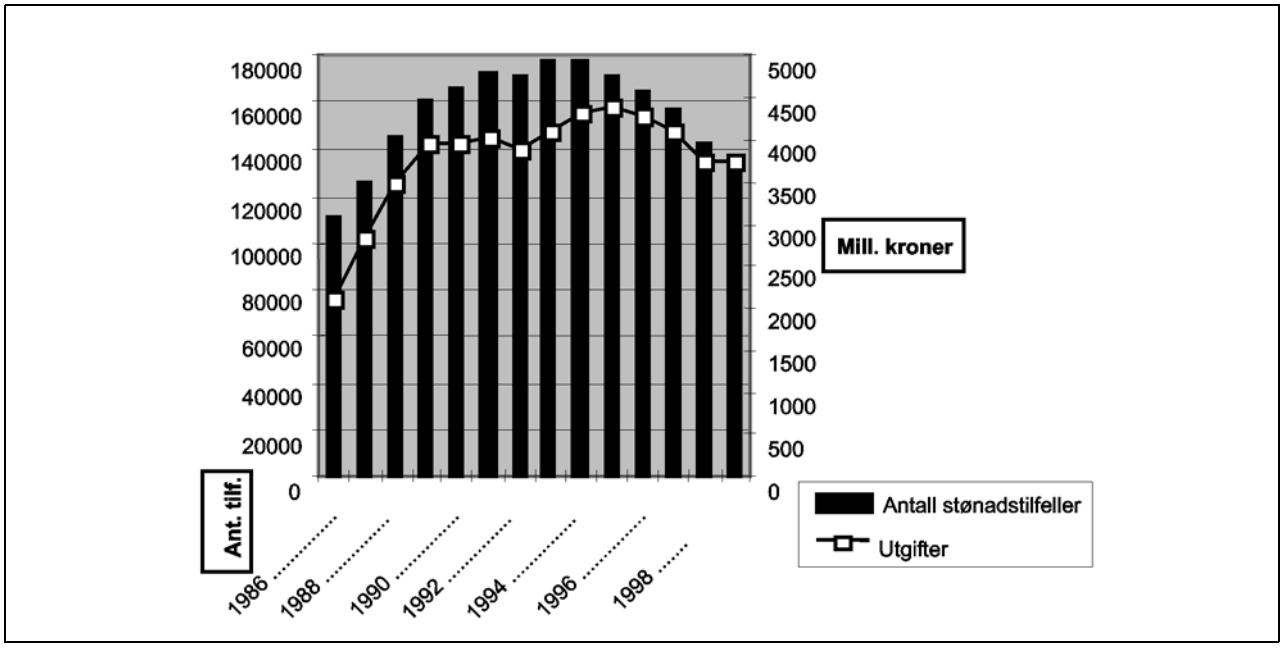
NOPUS har som mål å være et sentrum for erfaringsutveksling, idéutvikling og utdanning på det sosiale området. Virksomheten sikter mot å utvikle strategisk lederskap, kvalitet og effektivitet innen den kommunale sosialtjeneste.

Utgiftene til deltakelse i Europarådets samarbeidsgruppe om narkotikaspørsmål (Pompidougruppen) og til gruppens omfattende etterutdanningsprogram for personell som arbeider med rusmiddelproblematikk i Sentral- og Øst- Europa ble dekket av bevilgningen. Det ble også gitt tilskudd til forebygging av misbruk av rusmidler i de baltiske statene, i regi av FNs Narkotikakontrollprogram (UNDCP).

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. Utviklingen i antall sosialhjelpsmottakere, de samlede utgiftene til sosialhjelp og hvem som til en hver tid mottar sosialhjelp, er et barometer for endringer på arbeidsmarkedet, i familiemønster og innretningen av de generelle velferdsordningene.



Figur 13.1 Utgifter til økonomisk sosialhjelp (1998-kroner) og antall stønadstilfeller 1986-1999

Antall sosialhjelpsmottakere økte sterkt på 1980- og første del av 1990-tallet, men har i de senere årene gått ned. I 1998 mottok 132 500 personer økonomisk sosialhjelp[1], og foreløpige tall for 1999 tyder på at de seneste års nedgang i klienttallet fortsetter. Andelen personer som i 1998 mottok sosialhjelp utgjorde 3,0 pst. av hele befolkningen. Tar en hensyn til at en del stønadsmottakere forsørger flere personer, utgjorde denne andelen 4,9 pst. Utgiftene til økonomisk sosialhjelp var høyest i 1995 med i underkant av 4,4 mrd. (1998-)kroner i samlede utbetalinger, men har deretter hatt en nedgang. I 1998 var de samlede sosialhjelpsutbetalingene 3,7 mrd. kroner. Tallet på mottakerne av sosialhjelp ble ytterligere redusert fra 132 500 i 1998 til rundt 126 500 (foreløpige tall) i 1999. Samtidig gikk utbetalingene til sosialhjelp opp med 80 mill. kroner. Dette kan ha sammenheng med at den relative andelen av langtidsbrukere holder seg på et høyt nivå. Disse brukerne har gjennomgående et større hjelpebehov.

Det store flertallet av sosialhjelpsmottakerne er relativt unge (20-49 år). Veksten i sosialhjelpsbruken i perioden 1986-94 skjedde i alle aldersgrupper, med unntak av personer over 67 år. Reduksjonen etter 1994 har imidlertid vært sterkest i de yngre aldersgruppene. I 1998 var om lag 27 pst. av mottakerne av økonomisk sosialhjelp registrert i en eller annen form for sysselsetting (arbeid, utdanning, arbeidsmarkedstiltak). 31 pst. var registrert som arbeidsløse. 39 pst. av sosialhjelpsmottakerne var verken i arbeid, under utdanning, deltok i arbeidsmarkedstiltak eller var registrert som arbeidssøkere. Andelen på statlige arbeidsmarkedstiltak var vel 3 pst. En nesten like høy andel var på kommunale tiltak. Andelen enslige blant sosialhjelpsmottakerne er høy.

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

Utfordringene til sosialtjenesten framover er knyttet til denne utviklingen, hvor en større andel personer har mer langvarige og sammensatte hjelpebehov. Enkelte vil ha behov for behandling/rehabilitering og forbedring av både sosial og faglig kompetanse før de eventuelt kan forsørge seg selv gjennom arbeid. Klientgruppen som sosialtjenesten står overfor, stiller stadig større krav til kompetanse og kvalitet i tjenesteytingen. Sosialtjenesten rår ikke selv over alle nødvendige

[1] Antallet stønadstillfeller var 143 000 i 1998.

virkemidler, og må samarbeide med andre etater, frivillige organisasjoner og pårørende. Førstelinjens oppgaver er derfor omfattende og sammensatte, til tider også motsetningsfylte og preget av etiske dilemma. Sosialtjenestens førstelinje er i en frontposisjon overfor mange vanskeligstilte som faller utenfor andre hjelpetilbud.

Etter en periode med omorganisering og faglige endringer, blant annet gjennom to utviklingsprogram for å styrke sosialtjenesten, ble det våren 1998 iverksatt en handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje, "Kunnskap og brubygging" (1998-2001). Planen bygger på erkjennelsen av at kunnskap og kompetanse er viktige forutsetninger for kvalitet og utvikling i tjenesteytingen. Både tidligere utviklingsprogram og handlingsplanen "Kunnskap og brubygging" antas å ha bedret tjenestetilbudet, og bidratt til å sette sosialtjenesten på dagsorden i kommunene.

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

Fylkeskommunene har ansvaret for etablering og drift av institusjoner med tilknyttede spesialisttjenester for omsorg og behandling av rusmiddelmisbrukere. Norge har et mangfoldig institusjonstilbud. En gjennomgående erfaring både fra behandlingsforskning og praksis er betydningen av langvarig oppfølging (ettervern). Departementet satte i desember 1998 ned en arbeidsgruppe for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere. I mandatet inngikk å vurdere kapasiteten og de ulike tilnærmingsmåter i døgnbehandlingstilbudet, vurdere hvorledes kvaliteten kan sikres, og behovet for evt. endringer i gjeldende ansvars- og finansieringssystem. Rapportene ble ferdigstilt i juni 1999 og deretter sendt på bred høring. Departementet arbeider med oppfølgingen av forslagene i rapportene, og Stortinget vil bli orientert om det videre arbeidet. Når det gjelder tilstandsvurderingen vedr. rusmidler, se kap. 612.

Satsingsområder og resultatmål for 2001

Sosial- og helsedepartementet vil videreføre arbeidet med å utvikle sosialtjenesten i kommunene. For å sikre en velfungerende førstelinje blir det for fremtiden viktig både å forankre og videreutvikle kunnskap- og kompetanse i sosialtjenestens førstelinje. Målet er å gjøre tjenesten mer brukervennlig og tilgjengelig, og å styrke arbeidet med personer med sammensatte problemer. Det er også nødvendig med et tettere samarbeid med andre hjelpeinstanser, og vri innsatsen fra passiv inntektsoverføring til aktive tiltak med sikte på hjelp til selvhjelp. Det er fortsatt store ulikheter med hensyn til hvilken hjelp som gis av sosialtjenesten, noe som blant annet gir seg utslag i tilfeldig forskjellsbehandling ved fordeling av økonomisk stønad. Det er derfor nødvendig med tiltak som kan bedre slike forhold, og ivareta rettssikkerheten for brukerne. Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje, "Kunnskap og brubygging" og oppfølging av St.meld. nr. 50 (1998-99), Utjamningsmeldinga, vil ligge til grunn for det videre arbeidet med departementets satsing på sosialtjenesten i 2001 og årene framover.

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

De siste års økning i bruken av legale og illegale rusmidler stiller rusmiddelpolitikken overfor nye utfordringer. Regjeringens alkoholpolitiske mål er å redusere skadevirkningene av alkohol både for den enkelte og samfunnet gjennom forebyggende tiltak. Regionalkontoret for WHO i Europa har høsten 1999 vedtatt å videreføre den europeiske alkoholhandlingsplanen i perioden 2000- 2005. Regjeringens pågående rusmiddelpolitiske innsats vil også være et ledd i gjennomføringen av handlingsplanen, og tiltak vil særlig bli rettet inn mot å begrense totalkonsumet og heve debutalderen for bruk av alkohol.

Økende bruk og misbruk av rusmidler og mer liberale holdninger til rusmiddelbruk, gjør det nødvendig å tenke nytt i det forebyggende arbeidet. Det er først om fremst på lokalt nivå den offentlige og frivillige innsatsen må mobiliseres i større grad, tilpasset lokale forhold og utfordringer. Studier viser at lokalt forebyggende arbeid er av de forebyggingsstrategier som har best effekt. Norgesnettet av de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål utgjør ett av de tre sentrale kompetansemiljøene som etableres som følge av omorganiseringen av det statlige arbeidet med forebygging av rusmiddelproblemer. Tilskuddsmidler skal kanaliseres gjennom de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, og rettes inn mot lokale og

regionale tiltak. Intensjonen er at de regionale kompetansesentrene i samarbeid med kommunene skal sørge for en mer effektiv bruk av tilskuddsmidlene og bidra til at den forebyggende innsatsen tilpasses lokale forhold og behov.

Videreføring og forankring av Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje (1998 - 2001)

Arbeidet med oppfølgingen av handlingsplanen for sosialtjenestens førstelinje: "Kunnskap og brubygging" videreføres. Et hovedmål for 2001 er å forankre godt etablerte tiltak slik at man oppnår varige strukturer med høy kompetanse og kvalitet. Det legges vekt på å koordinere handlingsplanen med departementets kommunerettede satsinger på eldreområdet og psykiatri. Iverksettelse og etablering av veiledningsstrukturer blir en hovedsatsing i 2001. En av forutsetningene for at tiltakene forankres i mer varige strukturer er at de blir integrert i kommunenes egne opplærings- og utviklingsplaner. Derfor blir ledere i sosialtjenestens førstelinje en viktig målgruppe for kompetanse- og kvalitetstiltak i 2001. Formidling av erfaringer blir også en prioritert satsing i 2001. Rogalandsforskning er engasjert for å evaluere tiltakene som utgår fra handlingsplanen. Evalueringen vil bli sluttført i løpet av 2001.

Statlige, veiledende normer for utmåling av stønad til livsopphold

Undersøkelser gjennomført i forbindelse med St meld nr 50 (1998-99), Utjamningsmeldinga, viser til dels betydelige variasjoner i sosialhjelpsnivået mellom kommuner. Hoveddelen av variasjonene er forklart av forskjeller i hjelpebehovet med hensyn til egeninntekt, forsørgeransvar, boutgifter m.v. En del av variasjonene kan imidlertid ikke forklares med forskjeller i hjelpebehovet, men må kunne tilskrives ulik kommunal forvaltningspraksis og hvordan den enkelte saksbehandler utøver sitt individuelle skjønn. For å redusere vilkårlige forskjeller i utmålt stønad tar departementet sikte på å innføre statlige, veiledende normer for utmåling av stønad til livsopphold med virkning fra 1. januar 2001. Som ett av flere virkemidler for å utjevne tilfeldig forskjellsbehandling, vil departementet sørge for nødvendig informasjon og opplæring for å sikre at kommunene tar normene i bruk.

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. Den enkelte forsøkskommune må utforme sin egen modell i samarbeid med det lokale arbeidskontoret, i tråd med lokale forhold og forutsetninger.

Som et ledd i arbeidet for økt aktivisering av langtidsmottakere av sosialhjelp, vil departementet arbeide for at kommunene stiller til rådighet varierte og relevante arbeids- og aktiviseringstiltak. Endringer i sosialtjenestelovens adgang til å stille vilkår for sosialhjelpen vil også bli vurdert.

Spesielle tiltak overfor vanskeligstilte boligløse

Sosial- og helsedepartementet vil i samarbeid med Kommunal- og regionaldepartementet og Husbanken, som en oppfølging av Utjamningsmeldinga, videreføre det utviklingsarbeidet som er satt i gang i 2000 i fem større byer for å forebygge og bekjempe bostedsløshet. Det vil bli lagt stor vekt på å knytte boligpolitiske virkemidler til aktuelle helse- og sosialtjenester for å bekjempe bostedsløshetsproblemet, samt på å utvikle metoder i arbeidet med de svakest stilte. I 2001 tas det sikte på at Husbanken skal opprette og drive et nettverk for interesserte kommuner og andre aktuelle aktører.

I tråd med forutsetningen fra Stortingets vedtak til Utjamningsmeldinga (St.meld. nr. 50 (1998-1999)) skal det utvikles en kjede av alternative boformer med tilkoblede generelle tjenester, der hvert ledd i kjeden er tilpasset ulik grad av boevne/oppfølgingsbehov. I tillegg vil den enkelte kunne få individuelle tjenester. Eksisterende kommunale og private boligtiltak skal kunne bygges inn i kjeden. Det skal utvikles nye boformer, herunder "straksbo- ordninger". Det er lagt vekt på utvikling av samarbeidet med private, herunder ideelle organisasjoner som er engasjert på området, og med boligkooperasjoner. Utviklingsarbeidet er igangsatt i 2000, og skal evalueres fortløpende. Departementet har i 2000, sammen med Kommunal- og regionaldepartementet, gitt økonomisk støtte til to forskningsprosjekter for å belyse nærmere hhv. grunnene til at barnefamilier havner på hospits og prosedyrer ved utkastelse av boliger, konsekvenser for dem som kastes ut og alternativer til utkastelse.

Brukerkontor

Oslo kommune, Arbeids- og administrasjonsdepartementet og Sosial- og helsedepartementet har inngått avtale om opprettelse av et brukerkontor i bydel 5 (Grünerløkka- Sofienberg) i Oslo. Kontoret startet sin virksomhet august 2000. Målgruppen er personer som trenger bistand til å nå frem i forhold til helse- og sosialtjenester, aetat og trygdeetat, men kontoret er åpent for alle. En viktig del av forsøket med brukerkontor vil være å systematisere og analysere de erfaringer brukerne som henvender seg til kontoret har med hjelpeapparatet. Hensikten er å få frem kunnskap som kan bidra til å gjøre hjelpeapparatet bedre. I forsøket skal erfaringer fra samordning av ulike hjelpetiltak vises særskilt oppmerksomhet. Forsøket, som er toårig, videreføres i 2001.

Forskning og utvikling

Som ledd i omorganiseringen av det statlige ansvaret for forebygging av rusmiddelproblemer, ønsker departementet å styrke kunnskapsproduksjonen og – undervisningen på rusmiddelfeltet. I tillegg til opprettelse av det nye Statens institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon, vil departementet utrede grunnlaget for å etablere en ny forskningsenhet i tilknytning til et av landets universiteter. En slik enhet skal ha en bred samfunnsvitenskapelig tilnærming til rusmiddelrelatert forskning, herunder også klinisk forskning og behandlingsevaluering. Det er behov for å knytte forskning og undervisning tett sammen. Enheten skal inngå i et tett samarbeid med landets øvrige universitetsmiljøer; det nye forskningsinstituttet, forsknings- og evalueringsenheten tilknyttet Senter for metadonassistert rehabilitering i Oslo (Ullevål sykehus), andre relevante forskningsmiljøer og de regionale sentrene for rusmiddelspørsmål. Det er aktuelt å gjøre praksisrelaterte problemstillinger innenfor Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje til gjenstand for forskning innen dette programområdet.

Sosial- og helsedepartementet ga i november 1998 Norges forskningsråd i oppdrag å utarbeide en kunnskapsstatus vedrørende krigsbarna og deres oppvekst etter krigen. Med krigsbarn menes barn av norsk mor og tysk/østerriksk far, født i tiden 1940-1946. Forskningsrådet avga sin rapport i juni 1999. Mange av påstandene om overgrep og offentlig underslag av midler tiltenkt krigsbarna, ble tilbakevist eller ikke underbygget. Samtidig slo forskningsrådet fast at mange krigsbarn har lidd under sviktende omsorg. På denne bakgrunn besluttet Sosial- og helsedepartementet å videreføre forskningen om krigsbarnas oppvekstvilkår i etterkrigstidas Norge. Norges Forskningsråd har påtatt seg oppdraget med den forskningsmessige oppfølgingen av temaet med en budsjettramme på 2 mill. kr årlig innenfor en tidsramme på tre år (2001- 2003). I utformingen av forskningsoppdraget har departementet hatt kontakt med organisasjoner som representerer krigsbarna.

Det overordnede formålet med forskningsoppdraget er at kunnskapen skal komme både krigsbarna og det norske samfunnet til gode. Krigsbarna har behov for avklaringer og kunnskap om sin fortid. Samfunnet må kunne ta lærdom av krigsbarnas historie i sitt møte med andre grupper, for eksempel innvandrere og flyktninger, eller barn som i dag er "krigsbarn" i andre land. Følgende problemstillinger utgjør rammen for forskningen:

- hva preget barndommen til krigsbarna som opplevde store vansker og lidelser?
- hvilke politiske, samfunnsmessige og andre forhold gjorde dette mulig?

Gjennom forskningen vil det bli fokusert på myndighetenes syn og praksis, holdninger til krigsbarna i skole, helse- og sosialvesen og folkelige forestillinger om krigsbarn.

Forebyggende rusmiddelarbeid

Et av formålene med omorganiseringen av det statlige arbeidet med forebygging av rusmiddelproblemer, er å styrke det forebyggende arbeidet i kommunene. De syv kompetansesentrene, som er knyttet sammen i et Norgesnett, har i dag som hovedoppgaver å gi etterutdanning til nøkkelpersonell i kommunene, og å videreutvikle de spesialiserte tjenestene for rusmiddelmisbrukere på andrelinjenivå. I den nye modellen vil sentrene i tillegg få som oppgave, i samarbeid med kommunene, å drive metodeutvikling og bidra til kompetanseheving på forebyggingsområdet blant førstelinjepersonell. Det vil bl.a. bli lagt vekt på å utvikle strategier for å møte nye stoffer som ecstacy og GHB. Sentrene skal også gi råd til departementet om videreutvikling av den nasjonale rusmiddelpolitikken. Ett senter vil få tilført samordningsansvaret for Norgesnettet, en oppgave som i dag ligger i Rusmiddeldirektoratet.

Rusmiddelpolitisk råd

Rådet ser det som en selvstendig oppgave å fremskaffe og formidle viten om rusmiddelspørsmål, både til befolkningen og de politiske myndigheter.

Rådet oppfordrer statlige myndigheter til en mer offensiv bruk av Den europeiske erklæring om alkohol (WHO), og vil se nærmere på og vurdere WHOs European Alcohol Action Plan 2000-2005.

Legemiddelassistert rehabilitering

Innenfor rammene av retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering kan metadon, buprenorfin og andre aktuelle legemidler benyttes. Det er et problem at mange misbrukere knyttes til de regionale senterene over for lang tid, hvilket forsinker inntak av nye klienter. Departementet vil i 2001 bl.a. derfor arbeide med opplegg for en større grad av desentralisering av tilbudet og klarere integrering i de ordinære helse- og sosialtjenestene.

Lavterskel helsetiltak for rusmiddelmisbrukere

Formålet med helsetiltakene er å nå fram med helsetjenester til tungt belastede rusmiddelmisbrukere. Departementet vil videreføre tiltakene i 2001.

Internasjonalt samarbeid

Stortinget har med sitt vedtak til St.prp. nr. 29 (1999-2000) godkjent inngåelse av avtale om norsk deltakelse i EUs Narkotikaovervåkningssenter i Lisboa (EMCDDA). Kontingenten vil bli dekket over kap. 0614, post 21. Over posten dekkes også utgiftene til deltakelse i Europarådets Pompidougruppe, EU's Folkehelseprogram, tilskudd til FNs Narkotikaprogram (UNDCP) og administrasjon av deltakelsen i det internasjonale samarbeidet.

Merknader til budsjettforslaget

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Midler til tiltak iflg. Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje herunder midler til evaluering, og NOPUS belastes post 21. Tiltak med formål å styrke personellrekruttering og utdanning, internasjonalt alkohol- og narkotikasamarbeid, forskning i tilknytning til legemiddelassistert rehabilitering, og klagesaksbehandling etter alkoholloven, belastes også denne posten.

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 7 mill. kroner, og skal dekke igangværende 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 helseforvaltningen har representanter i programstyrer. Det mottas årsrapport fra Norges forskningsråd.

Bevilgningen under denne posten går til følgende programmer:

Velferdsprogrammet – Samfunn, familie, oppvekst

Velferdsprogrammet er en oppfølging av Velferd og samfunn, som ble avsluttet i 1999. Velferdsprogrammet har et eget delprogram for trygde- og sosialhjelpsforskning. For nærmere omtale av programmet, vises det til kap. 2600 post 50, Budsjettforslag 2001.

Program for Helse og livsstil

Rusmiddelforskningsprogrammet avsluttes ved utgangen av 2000. Rusmiddelforskning videreføres og formes innenfor Program for Helse og livsstil, som er nærmere omtalt under kap. 719, post 50. Programmet legger bl.a. vekt på årsaks- og risikoforhold knyttet til livsstil og levesett.

Program for Mental helse

Programmet vil bl.a. stimulere til forskning som kan fremme god diagnostikk når det gjelder å få avdekket så vel den psykiske lidelse som rusmiddelmisbruket så tidlig som mulig – noe som er relevant for å iverksette de beste behandlingstiltak ("Gråsoneforskning"). Det vises også til omtale under kap. 0701, post 50.

Post 63 Utvikling av sosialtjenesten og rusmiddeltiltak

Sosial- og helsedepartementets midler for å styrke sosialtjenesten og tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere samt prostituerte, er ført opp under post 63. Dette gjelder bl.a. støtte til tiltak iflg. Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje, tilbud om legemiddelassistert rehabilitering, og oppfølging av Utjamninsmeldinga, herunder forsøk med aktivisering av sosialhjelpsmottakere og tiltak overfor vanskeligstilte boligløse, samt forsøk med brukerkontor.

I forbindelse med omorganiseringen av det statlige arbeidet med forebyggende rusmiddelarbeid er 46 millioner kroner foreslått overført fra kap. 0610 Rusmiddeldirektoratet til kap. 614, post 63, for å styrke det forebyggende arbeidet på lokalt nivå.

Sosial- og helsedepartementet har siden 1993 gitt enkelte kommuner tilskudd til å utvikle tiltak for hardt belastede rusmiddelmisbrukere "strakstiltak". Siden 1996 har departementet gitt tilskudd til følgende institusjoner som har et særskilt ansvar for å ta imot gravide rusmiddelmisbrukere på tvang: Borgestadklinikken, Rogaland A-senter, Lade behandlingssenter og Nordlandsklinikken. Disse tilbudene er i dag blitt en del av kommunenes og fylkeskommunenes vel etablerte, ordinære tiltak for de aktuelle målgruppene. Framtidig statlig finansiering av tiltakene vil skje gjennom kommunesektorens frie inntekter. Posten er derfor redusert med 33,6 millioner kroner, som er innlemmet i inntektssystemet fra 2001, jf. St.prp. nr. 62 (1999-2000) og Innst. S. nr. 252 (1999-2000).

Innenfor posten vil bl.a. følgende tiltak bli prioritert i 2001:

- forebyggende rusmiddelarbeid
- legemiddelassistert rehabilitering som videreføres på samme nivå som i 2000
- lavterskel helsetiltak
- forsøk med aktivisering av langtids sosialhjelpsmottagere og tiltak overfor boligløse

(oppfølging av Utjamningsmeldingen)

Øremerkede tilskudd til kommunerelaterte prosjekter bl.a. innenfor handlingsplanen for sosialtjenestens førstelinje "Kunnskap og brubygging", og til etterverns tiltak i kommunene kuttes. Dette må ses i sammenheng med veksten i kommunenes frie inntekter på totalt ca. 850 millioner kroner.

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 til rusmiddelmisbrukere i nærmiljøene (bolig-/overnattingstilbud, møtesteder, kvalifiseringstiltak og nettverksarbeid). Tilskudd til Stiftelsen Pinsevennenes Evangeliesenter, Stiftelsen KRAFT, Blå Kors sosialavdeling, Frelsesarmeen, Stiftelsen Rus-Nett samt Natthjemmet for prostituerte i Oslo, belastes denne posten. Tilskudd til stiftelsen Landsforeningen rettferd for taperne og andre aktuelle stiftelser og organisasjoner som arbeider for svakstilte grupper, vil også bli belastet posten.

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

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	23 332	23 130	23 630
	Sum kap 0616	23 332	23 130	23 630

Overført fra 1999 til 2000:
Post 01: 582 000 kroner

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.

Resultatrapport 1999

Tabell 13.2 Resultatrapport og måltall Statens klinikk for narkomane.

Plantall	Resultat 1997	Resultat 1998	Resultat 1999	Mål 2000	Mål 2001
Antall døgnplasser	35	35	35	35	35
Resultatmål					
Antall kurdøgn	12 173	12 555	10 001	11 137	11 000
Herav barn	5 961	6 440	5 189	5 000	5 000
Kapasitetsutnyttelse i pst.	100	100	90	100	100

Samlet har det vært innlagt i alt 23 familier (foreldre/barn), medregnet innleggelser i 1999 og overliggere i 1998.

Tilstandsvurdering

Tendensen er stabilitet i behandlingen, med reduksjon i ureglementerte utskrivninger. Dette gir mulighet til en helhetlig behandlingstilnærming i forhold til hele familien over tid. Det har vært en positiv utvikling i samarbeidet med innleggende instanser. Rutiner for ansvarsgrupper er evaluert og forbedret. En relativt stor andel av klientene ved Statens klinikk for narkomane (SKN) fullfører behandlingen. For manges vedkommende svikter imidlertid oppfølgingen utenfor institusjonen. Institusjonen vil påta seg en mer aktiv rolle i tiden etter utskriving.

SKN hadde i 1999 redusert tilgang på klienter, en utviklingstendens som har fortsatt i 2000. Departementet følger utviklingen nøye.

Satsingsområder og resultatmål for 2001

SKN skal fortsatt ha familiebehandling som primæroppgave. Departementet har samtykket i at klinikken også kan ta i mot enslige, klienter i metadonassistert rehabilitering og dessuten gravide misbrukere med hjemmel i sosialtjenesteloven § 6-2a etter avtale med Oslo kommune.

Klinikken arbeider kontinuerlig med å styrke behandlingstilbudet herunder særskilt tilbudet til misbrukere med barn. Foreldrerollen krever mer enn rusfrihet. Det skal videreutvikles metoder slik at en kan dokumentere og styrke foreldrenes omsorgskompetanse best mulig. Samarbeidet med innleggende instans må fortsatt utvikles. Det skal etableres en tettere sammenheng mellom tiltaksplaner *før* innleggelse, individuelle behandlingsplaner ved SKN, og tiltaksplaner etter behandling ved SKN. Det tilbys egne opplegg for barna, og det legges vekt på langsiktig planlegging og ettervern. Kvalitetssikring av arbeidet rundt familiene vil bli høyt prioritert.

Merknader til budsjettforslaget

Post 01 Driftsutgifter

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 46 pr. 1. mars 1999 og 49,1 pr. 1. mars 2000.

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

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
02	Salgs- og leieinntekter	1 032	1 140	1 174
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	26		
16	Refusjon fødselspenger	123		
17	Refusjon lærlinger	20		
60	Refusjon fra fylkeskommuner	13 415	15 590	16 058
	Sum kap 3616	14 616	16 730	17 232

Post 02 Salgs- og leieinntekter

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

Post 60 Refusjon fra fylkeskommuner

Ut fra boligkapasiteten er det realistisk å beregne kurdøgn for 20 voksne og 15 barn. Ved 100 pst. utnyttelse vil dette gi en inntekt på ca. 16 mill. kroner. Kurprisene for 2001 er prisjustert med 3 pst., og utgjør 2057 kroner for voksne og 687 kroner for barn.

Kap. 5527 Vinmonopolavgiften m.m.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
72	Gebyr på statlige skjenkebevillinger	713	300	500
73	Vinmonopolavgiften	27 187	40 600	19 200
	Sum kap 5527	27 900	40 900	19 700

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 500 000 kroner.

Post 73 Vinmonopolavgiften

Vinmonopolavgiften tilsvarer det beløpet A/S Vinmonopolet skulle ha betalt i kommuneskatt på bakgrunn av regnskapsåret 1999, og beregnes som 28 pst. av virksomhetens resultat. Avgiften skal innbetales til staten i januar 2001 og vil utgjøre 19,2 mill. kroner.

Kap. 5631 Aksjer i A/S Vinmonopolet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
80	Statens overskuddsandel	48 378	38 300	42 200
81	Utbytte		2	2
	Sum kap 5631	48 378	38 302	42 202

Formål og hovedprioriteringer

A/S Vinmonopolet er gjennom selskapets enerett til detaljsalg av sterkøl, vin og brennevin et viktig instrument i alkoholpolitikken. Selskapet må innrette sin virksomhet i forhold til alkoholpolitiske mål, og i samsvar med vinmonopolloven og alkoholloven. Selskapet skal bidra til å begrense det totale alkoholkonsumet i Norge, for derigjennom å begrense alkoholens skadevirkninger. Vinmonopolet skal samtidig sikre brukerne tilgjengelighet til selskapets tjenester, og leverandørene markedsadgang på like vilkår. Virksomheten skal drives rasjonelt og kostnadseffektivt. Vinmonopolet skal innenfor alkoholpolitiske rammevilkår drive en virksomhet med service og kvalitet i tjenesteytingen og i tillegg være økonomisk effektiv.

Resultatrapport 1999

Ansatte

Ved utgangen av 1999 hadde Vinmonopolet 1.397 ansatte fordelt på 909 årsverk og 130 butikker.

Oppfølging av handlingsplan for redusert bruk av rusmidler

A/S Vinmonopolet har medvirket til gjennomføringen av handlingsplan for redusert bruk av rusmidler (1998-2000), jf. St.prp. nr. 58 (1997-98). I handlingsplanen er A/S 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. Det er utarbeidet en presentasjonsbrosjyre om vinmonopolordningen og Vinmonopolets virksomhet. Selskapet har utgitt brosjyremateriell med risikoinformasjon og gjennomført to landsdekkende annonsekampanjer. Som et ledd i handlingsplanen har selskapet satt i verk tiltak for å bedre alderskontrollen ved utsalgene og gjennomført en landsdekkende butikkampanje om alderskontroll.

Utvidelse av butikknettet m.m.

Gjennom landsplanen for A/S Vinmonopolet (1999- 2002) av 8. mai 1998, vil en sikre en mer likeverdig tilgjengelighet til Vinmonopolets tjenester på landsbasis uten at dette går utover målet om å redusere alkoholforbruket. Som en følge av Stortingets behandling av handlingsplan for redusert bruk av rusmidler, jf. Innst. S. nr. 40 (1998-99), skal planen utnyttes fullt ut. Den totale rammen av antall utsalgssteder ved utgangen av planperioden er med dette 162. Ved utgangen av 1999 hadde Vinmonopolet 130 utsalg. 10 utsalg ble etablert i 1999. Bedre tilgjengelighet til selskapets tjenester er også oppnådd gjennom etablering av minibutikker med redusert salgskonsept, den landsdekkende postforsendelsesordningen og utvidelse av utsalgenes åpningstider i 1998.

Prøveordning med selvbetjening

På bakgrunn av Stortingets behandling av handlingsplan for redusert bruk av rusmidler, jf. Innst. nr. 40 (1998-99), har Sosial- og helsedepartementet åpnet for utprøving av selvbetjening ved noen av A/S Vinmonopolets utsalg. Det ble i 1999 etablert 15 selvbetjente butikker, som omfattes av prøveordningen. Ordningen skal evalueres etter to år.

Gjennomføring av innkjøpsforskriften og klagenemnd

Nemnd for prøving av A/S Vinmonopolets beslutninger om innkjøp m.v. ble, som et ledd i å sikre leverandørene markedsadgang på like vilkår, opprettet i 1997. I 1999 mottok A/S Vinmonopolet 5 klager, hvorav samtlige ble oversendt nemnda.

Nordpolet AS

Datterselskapet Nordpolet AS forestår innførsel, engrosomsetning og detaljsalg av alkohol på Svalbard fra 1. januar 1999.

Salgsvolum og innretning av salget

Vinmonopolets totale salg økte med 8,8 pst. fra 1998 til 1999 til 49,3 mill. liter. Salget av svakvin økte med 10,2 pst., mens salget av brennevin økte med 4,4 pst. For produkter med alkoholstyrke mellom 15 og 22 volumprosent var nedgangen 1,1 prosent. Salget av sterkøl var omtrent på samme nivå i 1999 som i 1998.

I 1998 sank omsetningen av gjærede og spritbaserte alkopopsprodukter gjennom Vinmonopolet betydelig, og denne nedgangen fortsatte i 1999. Nedgangen i 1999 ble kompensert av økt salg av andre alkoholsvake produkter, spesielt cider, slik at salget for varegruppen likevel økte med 12,7 pst. i forhold til 1998. Totalt ble det solgt 1,1 mill. liter alkoholsvak drikk i 1999.

Vinmonopolet tilbyr et utvalg av alkoholfrie produkter. Salget av alkoholfritt gikk ned med 1,1 pst. til 94 000 liter i 1999.

Vinmonopolets omsetning økte med 7,3 pst. målt i ren liter alkohol i 1999, mot 1,2 pst. i 1998 og 3,7 pst i 1997.

Omsetning/resultatregnskap

Vinmonopolets omsetning (eks. mva.) var 6.552,5 mill. kroner i 1999. Dette er en økning på 494,3 mill. kroner fra 1998. Driftsresultatet var 65,5 mill. kroner, som er 98,4 mill. kroner lavere enn i 1998. Resultatnedgangen skyldes i hovedsak redusert avanse, økte avsetninger til framtidige pensjoner og økte avskrivinger pga. høyt investeringsnivå de senere år. I tillegg var resultatet for 1998 positivt påvirket av engangseffekter knyttet til avgiftsøkning 1. januar 1998, og salget av eiendom. Av resultatet før vinmonopolavgift på 90,1 mill. kroner, tilfalt 44,6 mill. kroner staten, hvorav 14,2 mill. kroner i beregnet regnskapsmessig vinmonopolavgift (avviker fra betalbar vinmonopolavgift på 19,2 mill. kroner) og 30,4 mill. kroner i overskuddsandel og utbytte. De resterende 45,5 mill. kronene er tilført egenkapitalen for å bedre soliditeten i selskapet. Ved utgangen av 1999 utgjorde egenkapitalandelen 25,7 pst.

Tilstandsvurdering

A/S Vinmonopolets omsetningsvekst i 1999 antas i hovedsak å være forklart av økt kjøpekraft i befolkningen. Målt i liter ren alkohol var omsetningsøkningen 7,3 pst. Salget av brennevin gjennom A/S Vinmonopolet økte i 1999, i motsetning til foregående år. Økningen var imidlertid noe mindre for brennevin enn for svake alkoholholdige drikker. På bakgrunn av en landsomfattende intervjuundersøkelse som Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning gjennomførte i 1999, kan det synes som forbruket av smuglet brennevin har blitt noe mindre i perioden 1994 til 1999. For en nærmere beskrivelse av utviklingen i forbruket av alkohol vises det til tilstandsvurderingen under kap. 0612 Statens institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon.

A/S Vinmonopolet har høy omsetning, med høye varekostnader, høye faste kostnader og moderate fortjenestemarginer. Avgifter utgjør en stor del av prisen på vin og brennevin i Norge, f.eks. utgjør avgifter om lag 65 pst. av prisen på en flaske svakvin. I forbindelse med utvidelsen av butikknettet, jf. gjeldende landsplan for A/S Vinmonopolet for perioden 1999- 2002, og investeringer i nye IT- løsninger, har Vinmonopolet omfattende kapitalbehov. Gjennom en moderat utbyttepolitikk overfor selskapet siden 1996, er egenkapitalen i selskapet gradvis styrket. Ved utgangen av 1999 utgjorde egenkapitalandelen 25,7 pst.

Satsingsområder og resultatmål for 2001

Gjennom handlingsplan for redusert bruk av rusmidler for perioden 1998-2000, jf. St.prp. nr. 58 (1997-98), har A/S Vinmonopolet fått tildelt en mer aktiv rolle i det holdningsskapende og forebyggende arbeidet mot rusmiddelmisbruk. I handlingsperioden har selskapet utvidet sin informasjonsinnsats. Det er viktig at denne innsatsen videreføres for å opprettholde og styrke legitimiteten til Vinmonopolet som et sentralt instrument i norsk alkoholpolitikk.

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 redusere alkoholforbruket. En utvidelse av butikknettet skal skje innenfor rammen av gjeldende landsplan for A/S Vinmonopolet for perioden 1999- 2002 og Stortingets merknad om at denne skal utnyttes fullt ut, dvs. at det ved utgangen av planperioden skal være etablert 162 utsalgssteder. Selskapet planlegger å etablere en bestillingsordning på Internett. 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, har A/S Vinmonopolet satt i verk utprøving av selvbetjening ved enkelte av selskapets utsalg i 1999. Prøveordningen omfatter 14 utsalg og skal ivareta de restriksjonene som alkoholloven fastsetter. Ordningen skal evalueres av Statens institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon i 2001. Departementet vil også påbegynne arbeidet med en ny landsplan i 2001. Både i forhold til spørsmålet om utvidelse av ordningen med selvbetjening og ny landsplan vil spørsmålet om tilgjengelighet stå sentralt.

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 A/S Vinmonopolet da det ordinære aksjeutbyttet ikke kan overstige 2.500 kroner som tilsvarer 5 pst. av aksjekapitalen på 50.000 kroner.

Det foreslås at statens andel av overskuddet som tas som inntekt under denne posten i 2001 - ved eget vedtak – fastsettes til 40 pst. av resultatet i 2000, før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgift. Statens andel av overskuddet i A/S Vinmonopolet for regnskapsåret 2000 er på bakgrunn av budsjettert omsetnings- og resultatutvikling i 2000 og en andel av overskuddet på 40 pst. foreslått fastsatt til 42,2 mill. kroner. Dersom resultatutviklingen for 2000 blir bedre enn anslått, blir inntektene under post 80 for 2001 høyere enn 42,2 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 2001 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 gradvis styrket. A/S Vinmonopolets styre har hatt som uttalt mål at egenkapitalandelen bør være omlag 35 pst. Ved utgangen av 1996 utgjorde egenkapitalandelen 18,9 pst. mens den pr. 31. desember 1999 hadde økt til 25,7 pst. Egenkapitalen forventes å bli ytterligere styrket i løpet av 2000.

Post 81 Utbytte

A/S Vinmonopolets aksjekapital utgjorde ved utgangen av 1999 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 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001	Pst. endr. 00/01
0660	Krigspensjon	997 646	1 022 000	1 003 000	-1,9
0664	Pensjonstrygden for sjømenn	199 188	189 000	185 000	-2,1
0666	Avtalefestet pensjon (AFP)	384 384	437 000	497 000	13,7
	Sum kategori 09.60	1 581 218	1 648 000	1 685 000	2,2

Utgifter under programkategori 09.60 fordelt på postgrupper:

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001	Pst. endr. 00/01
70-89	Andre overføringer	1 581 218	1 648 000	1 685 000	2,2
	Sum kategori 09.60	1 581 218	1 648 000	1 685 000	2,2

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 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
70	Tilskudd, militære, *overslagsbevilgning*	291 905	300 000	293 000
71	Tilskudd, sivile, *overslagsbevilgning*	705 741	722 000	710 000
	Sum kap 0660	997 646	1 022 000	1 003 000

Tabell 13.3 Antall krigspensjonister.

(i 1 000 kr)

Post		1999	2000[1])	2001
70	KP-militær:			
	Antall invalider pr. 31.12	1 915	1 755	1 575
	Antall enker pr. 31.12	2 213	2 160	2 100
	KP-sivil:			
	Antall invalider pr. 31.12	4 009	3 720	3 430
	Antall enker pr. 31.12	4 692	4 550	4 400

[1]) I tillegg kommer 114 andre personer. Tallene er de sist oppdaterte plantall for 2000, og kan dermed avvike fra plantallene i St.prp. nr. 1 (1999-2000)

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

Innledning

Formålet med krigspensjonen er å gi uførepensjon til personer som har fått mén eller redusert arbeidsevne som følge av skade eller påkjenninger under krigsdeltakelse, politisk fangenskap, sjøtjeneste m.v. Pensjonsordningen gir også rett til ytelser for etterlatte etter krigspensjonister eller krigsskadde personer.

Hovedmål	Resultatindikatorer
1. Behandle innkomne søknader om krigspensjon	Utviklingen i antallet krigspensjonister og enker.
2. Sikre krigspensjonistene en rimelig levestandard	Pensjonsnivået i krigspensjoneringen

Hovedtrekk ved regelverket

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

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

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 krigspensjoneringen betydelig utvidet. Tilleggsloven omfatter visse innsatsgrupper som har vært utsatt for usedvanlig hard påkjenning. Arbeidsevnen må være varig nedsatt med minst 50 pst. i yrkesaktiv alder. For disse gruppene stilles det som regel ikke krav til årsakssammenheng mellom krigspåkjenning og senere tap av ervervsevne.

Lovene omfatter også etterlatte.

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

Krigspensjonen er *en invalidepensjon*. Ved fastsettelsen legges det vekt på tapt arbeidsevne.

Høyeste invalidepensjon er 217 620 kroner per år. Høyeste enkepensjon er 145 080 kroner per år. (Satser per 1. mai 2000.)

Resultatrapport 1999

Militære

Per 31. desember 1999 var det 1 915 militære invalider og 2 213 militære enker. Antall invalidepensjonister har gått ned med 6,9 pst. fra 31. desember 1998. Antall enker var stabilt fra 1998 til 1999.

Gjennomsnittlige pensjonsprosent var for invalidene 81,0 og for enkene 85,3.

Gjennomsnittsalderen pr. 31. desember 1999 var 80 år for invalidene og 78 år for enkene.

I 1999 var avgangen ca. 180 invalider og noe over 100 enker, mens det var en tilgang på ca. 30 invalider og ca. 100 enker.

Utgiftene til militære krigspensjonister i 1999 fordelte seg slik: invalidepensjon 175 mill. kroner og enkepensjon 110 mill. kroner. I faste priser er dette en nedgang på hhv. 6,3 pst. og 2,2 pst. fra

1998. I tillegg kommer utgifter til skadekur på 7 mill. kroner.

Sivile

Per 31. desember 1999 var det 4 010 sivile invalider og 4 692 sivile enker. Antall invalidepensjonister har gått ned med 6,6 pst. fra 31. desember 1998, mens antall enker viste en nedgang på 2,3 pst. fra 1998 til 1999.

Gjennomsnittlig pensjonsprosent for invalider og enker i gruppe 1 var 83,7 og 87,7 pst. I gruppene 2 og 3 (lønnstrinn 12) hhv. 52,8 og 72,7 pst. I gruppene 2 og 3 var det i alt 441 invalider og 137 enker.

Gjennomsnittsalderen pr. 31. desember 1999 var 79 år både for invalidene og enkene.

I 1999 var avgangen på nærmere 340 invalider og ca. 300 enker, mens det var en tilgang på ca. 50 invalider og 160 enker.

Utgiftene til sivile krigspensjonister i 1999 fordelte seg slik: invalidepensjon 396 mill. kroner og enkepensjon 294 mill. kroner. I faste priser er dette en nedgang på hhv. 7,3 pst. og 2,7 pst. fra 1998. I tillegg kommer ca. 16 mill. kroner til skadekur.

Militære og sivile

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

Ved budsjettbehandlingen for 1999 ble det vedtatt at alle innsats- og overgrepspersoner skulle tilstås ett pensjonsgrunnlag – det høyeste. Dette har vært et ønske fra Krigsinvalideforbundet i mange år. Forslaget om likt grunnlag ble vedtatt med virkning fra 1. september 1999. Fra denne dato gir krigspensjoneringen for innsats- og overgrepspersoner bare det høyeste grunnlaget, som per 1. mai 2000 utgjør en krigspensjon på 217 620 kroner. Tilfeldig krigsskadede personer har en pensjon som utgjør 121 188 kroner.

Spørsmål om full pensjon til alle krigspensjonister – vurdering og kostnadsoverslag

Under behandlingen av budsjettet for 2000 vedtok Stortinget bl.a. følgende: "Stortinget ber Regjeringen legge frem sak for Stortinget med en vurdering og kostnadsoverslag for en eventuell innrømmelse av full pensjon til alle krigspensjonister." Se Budsjett-innst. S. nr. 11 (1999-200).

Rikstrygdeverket har opplyst at det per 1. april 2000 var i alt 1 563 krigsinvalidepensjonister som hadde løpende delpensjon. De største gruppene er 902 personer med 20 pst. krigspensjon, 179 personer med 30 pst. og 244 personer med 50 pst. pensjon.

Gruppen som har fått fastsatt en invaliditetsgrad på 20 pst., omfatter i alt vesentlig personer som er i fullt arbeid eller som har vært i arbeid med normal lønn fram til pensjonsalderen. Pensjonene til denne gruppen ytes etter hovedlovens bestemmelser idet tilleggslovens krav om minst 50 pst. arbeidsuførhet ikke er oppfylt. Også hovedlovene av 1946 har krav om arbeidsuførhet som hovedregel, men det er tilføyet at det "kan også tas særskilt hensyn til skadens medisinske art og størrelse". Det kan altså gis en mènerstatning for medisinske plager som søkeren har selv om krigsskaden ikke har hatt økonomiske følger for ham. Det dreier seg som regel om mindre fysiske skader eller om moderate psykiske plager som for eksempel episodiske søvnvansker og mareritt med krigsinnhold.

En invalidepensjon på 20 pst. utgjør etter satser pr. 1. mai 2000 43 524 kroner pr. år for militære og sivile i gruppe 1. Den er skattefri idet de første 20 pst. av invalidepensjonen regnes som skattefri mènerstatning.

Der det er gitt delpensjon på 30 pst. eller høyere, vil søkeren ha tapt noe av sin arbeidsevne, eventuelt ha måttet gå over i yrke med lavere lønn.

I sivillovens gruppe 2 og 3 er det i alt 178 invalider som har delpensjon. Herav har 71 personer 20 pst.. For disse gruppene utgjør 20 pst. invalidepensjon 24 240 kroner pr år mens full pensjon utgjør 121 188 kroner. Gruppene omfatter personer som er tilfeldig skadet ved krigsulykke, for eksempel ved bombeangrep eller ved "annen hending som skyldes krigen" for eksempel påkjørsel av tysk bil.

I tillegg til de 1563 krigspensjonistene med løpende delpensjon er det 113 personer (41 militære og sivile i gruppe 1 og 72 i gruppene 2 og 3) som har fått utløst krigspensjon med et engangsbeløp. Dette gjelder krigspensjonister med ytelse etter invaliditetsgrad 8 1/3 til 19 pst.

Gjeldende krigspensjonering, slik den er vedtatt av Stortinget, bygger på det prinsipp at pensjonene skal være en erstatning for de skader krigsdeltakeren og hans/hennes etterlatte har fått i tjeneste for landet eller eventuelt som tilfeldig

krigsskadet. Det forhold at en person har gjort en stor og fortjenestefull krigsinnsats eller har vært utsatt for store krigspåkjenninger er således ikke tilstrekkelig til at krigspensjon kan tilstås.

Gjeldende lovgivning om krigspensjonering gir rett til uførepensjon til den som har fått men eller nedsatt arbeidsevne under krigen. Uførepensjon gis ved tap av ervervsevnen og utmåles i forhold til grad av uførhet. De som har vært i arbeid fram til vanlig pensjonsalder kan få 20 pst. i form av men for psykiske problemer (angst, søvnløshet med mer).

Systemet med graderte pensjoner gjelder også i folketrygden, og i de aller fleste offentlige og private tjenestepensjonsordninger. En omlegging til full krigspensjon til alle med delpensjon, vil bryte med gjeldende prinsipp for uføre- og etterlattepensjonering.

Hvis man skulle gå over til en ordning med full krigspensjon til alle som har delpensjon, reiser det seg spørsmål om det kan forsvares å innføre et slikt tillegg uten å tilgodese også alle krigsdeltakere som har hatt samme tjeneste/påkjenninger uten å ha søkt krigspensjon. En regner med at dette kan gjelde omkring 80 000 personer som fortsatt er i live.

Dersom forslaget om full krigspensjon til alle med delpensjon skulle bli innført, må en gå ut fra at en rekke personer som hittil ikke har søkt krigspensjon, vil gjøre det. Man må gå ut fra at presset på praksis, med hensyn til inngangskriteriene årsakssammenheng, krigsulykke og annen hending vil øke sterkt.

En del tilfeldig krigsskadede var barn under krigen. En del av disse er fortsatt i fullt arbeid. Ved en omlegging til full krigspensjon for alle med delpensjon, vil disse få utbetalt full pensjon i tillegg til sin lønn.

Etter beregninger som Rikstrygdeverket har foretatt, vil det koste ca. 170 millioner kroner på årsbasis å forhøye alle nåværende delpensjoner i krigspensjoneringen til full pensjon (115 mill. kr for invalider og 55 mill. kr for enker). Det er da ikke tatt hensyn til forventede nye søknader ved en endring som nevnt. Utgiftene vil reduseres ved naturlig avgang i løpet av 10-20 år.

Regjeringen finner på bakgrunn av de forhold som her er redegjort for ikke å kunne tilrå full pensjon for alle krigspensjonister.

Utfordringer og hovedprioriteringer

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

Budsjettforslag for 2001

Post 70 Tilskudd, militære

Budsjetterte utgifter for 2001 (i 1 000 kr)	
Invalidepensjoner, inklusive etterbetalinger	166 000
Enkepensjoner m.v. inklusive etterbetalinger	120 000
Skadekur, militærpersoner	7 000
Sum	293 000

Utgiftene til krigspensjon er generelt beregnet etter satser pr. 1. mai 2000, og utgjør nettobeløpet etter at det er gjort fradrag i krigspensjon på grunn av samordning med ytelser fra folketrygden og yrkesskadetrygd. Utgiftene til enkepensjoner m.v. inkluderer også barne- og ascendentpensjoner (pensjoner til slektninger i rett oppadstigende linje), men sistnevnte utgjør en svært beskjeden andel av utgiftene. Utgiftene er anslått til 293 mill. kroner i 2001.

Post 71 Tilskudd, sivile

Antall invalidepensjonister viser en jevnt synkende tendens.

Budsjetterte utgifter for 2001 (i 1 000 kr)

Invalidepensjoner, inklusive etterbetalinger	383 000
Enkepensjoner m.v. inklusive etterbetalinger	311 000
Skadekur, sivilpersoner	16 000
Sum	710 000

Utgiftene er beregnet etter satser pr. 1. mai 2000. Utgiftene utgjør nettobeløp etter at det er gjort fradrag i krigspensjon på grunn av samordning med ytelser fra folketrygden og andre pensjonsordninger. Utgiftene til enkepensjoner m.v. inkluderer også barne- og ascendentpensjoner, men sistnevnte utgjør en svært beskjeden andel av utgiftene. På grunnlag av regnskapstall, utviklingen i antall innkomne søknader, dødelighet m.v., er utgiftene anslått til 710 mill. kroner i 2001.

Kap. 0664 Pensjonstrygden for sjømenn

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
70	Tilskudd	199 188	189 000	185 000
	Sum kap. 0664	199 188	189 000	185 000

Innledning

Pensjonstrygden for sjømenn er en førtids alderspensjonsordning fra fylte 60 år til fylte 67 år. Etter hovedregelen omfatter pensjonstrygden for sjømenn norske statsborgere og personer med fast bopel i Norge som er tilsatt som arbeidstakere på norskregistrerte skip på 100 brutto registertonn eller mer, jf. lov om pensjonstrygd for sjømenn §§ 1 og 2.

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

I 1999 var avgangen av antall pensjonister 2 835 mens tilgangen var 2 275 dvs. en netto avgang på 560 pensjoner.

Antall pensjonister fordelt på de enkelte pensjonsarter er anslått slik for 2001:

Tabell 13.4 Antall pensjonister m.m. under Pensjonstrygden for sjømenn

Pensjonens art	Antall	Årlige pensjonsut-gifter (1 000 kr)	Gjennomsnittlig pensjon pr. år (kr)
Alderspensjon før 67 år	6 400	542 000	84 688
Alderspensjon etter 67 år	12 600	141 000	11 190
Enkepensjon/overgangsstønad	10 400	107 000	10 288
Barnepensjon	5	20	4 000
Uførestønad	5	30	6 000
Samlet	29 410	790 050	26 863

Fra 1. mai 2000 utgjør maksimal alderspensjon følgende

360 fartsmåneder opptjent som underordnet før 1. mai 1993	114 876 kroner pr. år
360 fartsmåneder opptjent som underordnet etter 30. april 1993	134 316 kroner pr. år
360 fartsmåneder opptjent som overordnet	160 824 kroner pr. år

Regelverket for tilskudd fra staten

Staten skal etter sjømannspensjonstrygdloven § 15, 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. pensjonsutgifter knyttet til utenlandsk hvalfangst, som ikke ble dekket av pensjonsavgift.

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

Resultatrapport

Pensjonstrygden for sjømenn har i 1999 hatt mål og hovedprioriteringer knyttet til kvalitativ og effektiv administrasjon, løpende analyser av trygdens økonomiske situasjon, fondsforvaltning og utsending av informasjonsmateriale til potensielle rettighetshavere. Pensjonstrygden har i 1999 innfridd Sosial- og helsedepartementets krav på disse områdene. Pensjonstrygden har i 1999 også foretatt en vellykket tilpasning av etatens edb-systemer ift. år-2000 problematikken.

Utfordringer og hovedprioriteringer

Endringer i sjømannspensjonstrygdloven

Det ble vedtatt endringer i sjømannspensjonstrygdloven ved lov 16. juni 2000 nr. 44 om endringar i lov 3. desember 1948 nr. 7 om pensjonstrygd for sjømenn mv., jf. Ot.prp. nr. 20 (1999-2000) og Innst. O. nr. 73 (1999-2000). Endringene trer i kraft 1. januar 2001.

De viktigste endringene er at pensjonsnivået blir hevet for personer som har vært i yrket fram til pensjonsalderen ved at det innføres et inntektsprøvd tillegg til sjømannspensjonen for disse arbeidstakerne. Tillegget er midlertidig og skal ytes for personer som har pensjon når endringen trer i kraft og for senere pensjonister til og med personer født i 1964. Tillegget skal nedtrappes samtidig med at det bygges opp tariffestede suppleringspensjoner i størstedelen av næringen. Det ble også vedtatt at yrkesgrupper innen offshore på bestemte vilkår skal kunne unntas fra trygden med framtidig virkning etter dispensasjon fra departementet. Disse endringene finansieres ved omfordelingstiltak. Blant annet avvikles en overgangsordning med fastlåste, lave pensjoner (livsvarige alderspensjoner og enkepensjoner) for fartstid før 1. januar 1967.

Pensjonstrygdens økonomiske situasjon

Det er færre aktive sjøfolk nå enn i store deler av etterkrigstiden. Dette er den viktigste årsaken til at pensjonstrygden for sjømenn, som finansieres gjennom et utligningssystem, har kommet i en vanskelig økonomisk situasjon. Trygden har hatt underskudd siden 1994, som har vært dekket av reguleringsfondet, slik lovens § 14 (tidligere § 32) tilsier. I 1999 var underskuddet 79 mill. kroner. Reguleringsfondet var 556 mill. kroner pr. 31. desember 1999, og en regner med at det vil være brukt opp om noen år. Trygden er imidlertid garantert av staten, jf. sjømannspensjonstrygdloven § 8 (tidligere § 26).

Pensjonstrygden regner med at det først vil være balanse i økonomien omkring 2015-2020. I Ot.prp. nr. 20 (1999-2000) ble det varslet at staten gjennom sin garanti kan måtte dekke en forventet underbalanse på 3-4 milliarder kroner i løpet av en 15 års periode, med opptil flere hundre millioner kroner i året. Reguleringsfondet kan allerede være oppbrukt om et par års tid.

Budsjettforslag for 2001

Antall årsverk var 44,7 pr. 1. mars 2000 i følge det sentrale tjenestemannsregisteret.

Det budsjetteres med 185 mill. kroner for 2001 i lovbestemt statstilskudd

Kap. 0666 Avtalefestet pensjon (AFP)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
70	Tilskudd	384 384	437 000	497 000
	Sum kap. 0666	384 384	437 000	497 000

Innledning

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

Formålet med AFP er å gi større fleksibilitet og valgmulighet for personer som ønsker eller har behov for å gå av med pensjon før folketrygdens pensjonsalder på 67 år. Begrunnelsen for 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 utgifter fullt ut for 62- og 63-åringer.

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 kommer i tillegg til 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.

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 ved tidspunkt for førtidspensjonering. Pensjonering forutsetter opphør eller reduksjon av inntektsgivende arbeid.

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

AFP-mottakere i NHO-LO og YS-området får i tillegg utbetalt kr 950,- pr. måned skattefritt fra sluttvederlagsordningen (AFP-tillegg). Avtalene med 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 partene.

Fra 1. august 2000 trådte det i kraft nye regler for kombinasjon av pensjon og arbeidsinntekt basert på et såkalt pro rata-prinsipp. Etter de nye reglene skal pensjonen reduseres med samme prosentsats som den nye arbeidsinntekten utgjør av tidligere arbeidsinntekt. Før var det slik at de som benyttet ordningen til å gå av med pensjon kunne ha lønnsinntekt tilsvarende grunnbeløpet i folketrygden uten at dette fikk betydning for pensjonsutbetalingen. Dette fribeløpet blir nå helt fjernet med de nye bestemmelsene. 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.

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.

Resultatrapport

Ved utgangen av 1999 var det 25 650 pensjonister som mottok avtalefestet pensjon, hvorav 12 151 i

privat sektor. Pr. 31. juli 2000 var antallet pensjonister som mottok avtalefestet pensjon økt til 31 258 som er 22 pst. flere enn ved årsskiftet. 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 den aktuelle befolkningen 62-67 år er 15,1 pst. AFP-pensjonister pr. 31.12.99. Ca. 80 pst. av AFP-pensjonistene har full pensjon. I aldersgruppen 65-67 år var det i 1999 noen flere som tok ut AFP-pensjoner enn de som ble uførepensjonister, hhv. 1 709 og 1 690. I 1998 var tallene for nye AFP-pensjonister og nye uførepensjonister i denne aldersgruppen hhv. 2 187 og 2 015.

Fra 1998 til 1999 økte antall AFP-pensjonister i privat sektor fra 10 077 til 12 151. Disse fordelte seg med ca. 11 500 innen LO/NHO-ordningene og i underkant av 450 innen bank- og finansnæringen og nærmere 200 personer fra NAVO. Ser vi på fordelingen på kjønn er 3 av 4 personer med AFP i privat sektor menn.

Tabell 13.5 Antall pensjonister med AFP i privat sektor, og gjennomsnittlig årlig pensjon (uten AFP-tillegg og ektefelletillegg) fordelt etter alder. Menn og kvinner, pr. 31. desember 1999.

	Antall			Gjennomsnittlig pensjon		
Alder	I alt	Menn	Kvinner	I alt	Menn	Kvinner
62	1 914	1 409	505	123 900	135 300	92 100
63	2 454	1 794	660	123 400	136 100	88 900
64	2 506	1 847	659	124 300	136 800	89 300
65	2 547	1 882	665	125 100	137 400	90 300
66	2 522	1 882	640	125 400	137 400	89 900
67[1)]	208	155	53	124 200	136 300	89 900
I alt	12 151	8 969	3 182	124 500	136 700	90 000
herav 64-67 år	7 783	5 766	2 017	124 900	137 200	89 800

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

Tabell 13.6 Antall pensjonister med AFP i privat sektor i alderen 64-67 år pr. 31. 12 og endring fra året før. Menn og kvinner, 1995-99.

	Antall			Prosentvis endring fra året før		
År	I alt	Menn	Kvinner	I alt	Menn	Kvinner
1995	3 884	2 891	993	25,3	22,8	33,1
1996	4 651	3 408	1 243	19,7	17,9	25,2
1997	5 740	4 271	1 469	23,4	25,3	18,2
1998	6 919	5 128	1 791	20,5	20,1	21,9
1999	7 783	5 766	2 017	12,5	12,4	12,6

Tabell 13.7 Antall nye AFP-pensjonister i privat sektor i alderen 64-67 år i løpet av året og prosentvis endring fra året før. Menn og kvinner 1995-99.

	Antall			Prosentvis endring fra året før		
År	I alt	Menn	Kvinner	I alt	Menn	Kvinner
1995	2 009	1 446	563	-	-	-
1996	2 309	1 687	622	14,9	16,7	10,5
1997	2 924	2 216	708	26,6	31,4	13,8
1998	3 268	2 409	859	11,8	8,7	21,3
1999	3 412	2 511	901	4,4	4,2	4,9

Fra 1998 til 1999 økte antall AFP-pensjonister i alderen 64-67 år i privat sektor med 864 personer. Pr. 31.desember 1999 var det registrert 7 783 AFP-pensjonister i alderen 64-67 år i privat sektor.

Den gjennomsnittlige pensjonsgraden var 96,9 pst. for aldersgruppen 62-67 år og 97,5 pst. for aldersgruppen 64-67 år pr. 31. desember 1999

Det kom 4 700 nye AFP-pensjonister i privat sektor i 1999 (inkl. NAVO). 3 412 av disse var i alderen 64-67 år. Dette er 1050 færre personer enn i 1998. Det skyldes i hovedsak at aldersgrensen ble satt ned, slik at tilgangen i 1998 var relativ høy. Antall nye AFP-pensjonister i offentlig sektor var på ca. 5 400 personer i 1999. Det er over 1 900 færre personer enn i 1998 da antallet nye pensjonister utgjorde 7 350.

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. Det er i dag om lag 60 pst. av landets yrkesaktive som er 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. Beregninger 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. Det såkalte førtidspensjonsutvalget drøfter selektive førtidspensjonsordninger kontra allmenne ordninger og førtidspensjonsordninger i eller utenfor folketrygden. Utvalget sondrer mellom tiltak for å motvirke tidligpensjonering på kort sikt og på lang sikt. Utvalget foreslår flere tiltak som primært tar sikte på bedre målretting av ordningen med avtalefestet pensjon, likhet og forenkling. Utvalget peker på at hensikten da ordningen ble innført, var en begrenset ordning for de som var "slitne" etter mange år i arbeidslivet. Spørsmål som utvalget tar opp, er omtalt i Nasjonalbudsjettet 2000 (kap. 6) og vil bli vurdert i sammenheng med andre aktuelle pensjonsutredninger i Langtidsprogrammet for 2002-2005.

Budsjettforslag for 2001

For 2001 er det lagt til grunn et gjennomsnittlig pensjonsnivå på 129 800 kroner (medregnet AFP-tillegg på 11 400 kroner). Gjennomsnittlig antall pensjonister som staten gir tilskudd for er beregnet til 9 630 personer. Det budsjetteres med 497 mill. kroner til avtalefestet pensjon i privat sektor i 2001.

Kap. 3661 Sykepenger

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
55	Refusjon fra folketrygden	615 614	40 000	
	Sum kap 3661	615 614	40 000	

Fra 1. januar 2000 ble det innført direkte refusjon av sykepenger til statlige virksomheter. Fra og med 2001 føres det derfor ikke opp noe beløp på kap. 3661, post 55. (Beløpet som er ført opp for 2000 gjelder feriepenger av sykepenger som er opptjent i 1999 og utbetalt i 2000).

Programkategori 09.70 Eldre og funksjonshemmede

Utgifter under programkategori 09.70 fordelt på kapitler:

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001	Pst. endr. 00/01
0670	Tiltak for eldre	2 104 485	2 762 200	3 505 700	26,9
0673	Tiltak for funksjonshemmede	1 451 397	1 210 300	1 153 750	-4,7
0674	Handlingsplan for funksjonshemmede	90 050	91 100	86 600	-4,9
0675	Tiltak for eldre og funksjonshemmede	46 336	60 950	87 600	43,7
0676	Kompetansesentra for funksjonshemmede	75 025	69 840	117 850	68,7
	Sum kategori 09.70	3 767 293	4 194 390	4 951 500	18,1

Utgifter under programkategori 09.70 fordelt på postgrupper:

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001	Pst. endr. 00/01
01-23	Statens egne driftsutgifter	134 480	111 120	122 510	10,3
50-59	Overføringer til andre statsregnskap		15 250	24 400	60,0
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	3 437 829	3 866 100	4 542 300	17,5
70-89	Andre overføringer	194 984	201 920	262 290	29,9
	Sum kategori 09.70	3 767 293	4 194 390	4 951 500	18,1

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 og FN's standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemning. Målene forutsetter en helhetlig politikk med tiltak som gjelder flere departementers saksområder.

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

- gjennomføre Stortingets vedtak i forbindelse med St.meld. nr. 50 (1996-97) "Handlingsplan for eldreomsorgen", herunder
- øke hjemmetjenestenes kapasitet slik at de som ønsker det kan bo i egen bolig.
- bedre kvaliteten i pleie- og omsorgstjenesten, både gjennom bygningsmessige forbedringer og utbygging, og gjennom å rekruttere kvalifisert personell og øke kompetansen hos de som allerede arbeider i tjenestene. Det er særlig viktig å bedre tjenestetilbudet og rettssikkerheten for demente.
- legge forholdene til rette for at personer med funksjonshemning og eldre så langt som mulig

kan leve og bo selvstendig, og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.
- gjennomføring av Stortingets vedtak i forbindelse med St.meld. nr. 8 (1998-99) Om handlingsplan for funksjonshemma 1998-2001.
- tiltak for å rekruttere og kvalifisere personell gjennom å opprettholde en høy utdanningskapasitet når det gjelder grunnutdanningene, øke mulighetene for videre- og etterutdanning og bidra til kvalifisering av ufaglærte
- bidra til at voksne psykisk utviklingshemmede som bor hos foreldre/pårørende, får det bo- og tjenestetilbudet de har behov for, bidra til et styrket kultur- og fritidstilbud for utviklingshemmede og til å bedre rettssikkerheten for enkelte utsatte grupper av psykisk utviklingshemmede.
- gi den familiebaserte omsorgen slike rammer at pårørende fortsatt kan yte en viktig innsats for sine nærmeste.
- kommunene skal også i framtiden ha ansvaret for utformingen og utbyggingen av pleie- og omsorgstjenestene. Regjeringen vil legge vekt på at kommunene i størst mulig grad skal utforme og bygge ut et pleie- og omsorgstilbud som er tilpasset de lokale forhold og behov.

Tilstandsvurdering

Tabell 13.8 Plasser i sykehjem og aldershjem, andel enerom og beboere i boliger til pleie- og omsorgsformål. Utvikling i dekningsgrader for årene 1992-99.

Bolig/Institusjon	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999[1)]
Plasser i sykehjem pr. 100 innbyggere 80 år og over	19,10	18,90	18,60	18,60	18,70	18,50	18,46	18,80
Andel av rommene i aldersinstitusjoner som er enerom	79,40	79,60	80,20	80,90	81,70	83,10	83,80	85,00
Beboere i boliger til pleie- og omsorgsformål pr. 100 innbyggere i samme aldersgruppe								
0-66 år	0,13	0,11	0,24	0,24	0,25	0,28	0,30	0,30
67-79 år	2,35	2,15	1,88	1,94	2,28	2,52	2,63	2,80
80 år og eldre	7,51	7,50	6,98	6,89	7,83	8,49	8,93	9,50
Plasser i aldershjem pr. 100 innbyggere 80 år og over	8,40	8,00	7,30	6,30	5,60	5,00	4,05	3,63

1) 1999-tallene er foreløpige pr. juni 2000 , og erfaringene tilsier at de endelige tallene kan bli noe høyere
Kilde: SSB

Tabell 13.9 Andel mottakere av hjemmetjenester i ulike aldersgrupper. Andel av landets kommuner som har etablert døgnbasert hjemmesykepleie 1992-98.

Hjemmetjenester	1992	1993	1994	1995[1)]	1996	1997	1998	1999[2)]
Mottakere av hjemmetjenester etter alder p. 100 innbyggere i samme aldersgruppe								
0-66	0,68	0,66	0,72	0,65	0,79	0,83	0,88	0,94
67-79	11,80	11,30	10,90	10,30	10,70	10,80	10,94	11,00
80 år og eldre	40,00	39,70	38,30	36,50	37,40	37,30	37,80	39,60
Andel kommuner/bydeler med døgnbasert hjemmesykepleie	52,90	55,70	59,40	63,70	73,20	76,00	80,60	83,20

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

[2]) 1999-tallene er foreløpige pr. juni 2000.

Kilde: SSB

Tabell 13.10 Antall mottakere av avlastning og støttekontakt etter alder (absolutte tall, 1997-98)

Avlastning og støttekontakt		1997	1998	1999[1)]
Mottakere av avlastning	0-17 år	4193	4495	4882
	18-49 år	1791	1859	2016
	50-66 år	231	228	260
	67 år og eldre	1230	1021	967
Sum mottakere av avlastning		7496	7607	8125
Mottakere av støttekontakt	0-17 år	3642	3874	3863
	18-49 år	8382	8608	8581
	50-66 år	2794	3167	3247
	67 år og eldre	1670	1957	2329
Sum mottakere av støttekontakt		16496	17670	18176

1) 1999-tallene er foreløpige pr. juni 2000.

Tabell 13.11 Personellutviklingen i pleie- og omsorgssektoren 1992-98. Dekningsgrader pr. bruker og pr. innbygger 80 år og eldre

Personell	1992	1993	1994	1995	1996	1997[1)]	1998	1999[2)]
Årsverk pr. bruker av pleie- og omsorg-stjenester 2)	0,35	0,37	0,36	0,39	0,39	0,41	0,42	0,42
Årsverk pr. 100 innbyggere 80 år og eldre	39,70	40,90	39,40	39,50	40,90	43,10	43,90	45,00

[1]) I følge SSB er det knyttet usikkerhet til årsverkstallene. Tallene bør derfor tolkes med varsomhet. Noe av veksten fra 1996-97 kan forklares med endringer i kommunenes registreringsrutiner ved at ansatte som yter tjenester i forhold til mennesker med psykisk utviklingshemning og mennesker med psykiske lidelser, og som før ikke ble registrert, i større grad ble tatt med i statistikken. 1999-tallene er foreløpige tall pr. juni 2000.

[2]) Omfatter både personell knyttet til mottakere av hjemmetjenester og beboere innlagt i institusjon

For første gang på 90-tallet vokser antall sykehjemsplasser mer enn befolkningen over 80 år, slik at dekningsgraden øker. Samtidig øker dekningen av boliger for pleie- og omsorgsformål. Også andelen eldre som mottar hjemmetjenester øker, det samme er tilfelle for personelldekning sett i forhold til innbyggere over 80 år. Dette viser bla. at eldreomsorgen i kommunene er styrket og at Handlingsplanen for eldreomsorgen gjennomføres som forutsatt.

Tabellene indikerer også at styrkingen av tjenester til de eldre ikke går ut over tjenestetilbudet til yngre funksjonshemmede. Boligtiltak og hjemmetjenester opprettholdes og antall familier som mottar avlastningstjenester øker, spesielt blant familier med funksjonshemmede barn.

For nærmere omtale av utviklingen i tjenestetilbudet viser vi til innledningens omtale av omsorg for eldre og funksjonshemmede og handlingsplanene for eldreomsorgen og funksjonshemmede.

Kap. 0670 Tiltak for eldre

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
61	Tilskudd til omsorgstjenester, *kan overføres*	2 082 408	2 743 800	3 495 400
62	Styrking av geriatri, *kan overføres*	10 979	7 000	
70	Tilskudd til pensjonistenes organisasjoner m.m.	5 848	6 000	4 700
72	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	5 250	5 400	5 600
	Sum kap 0670	2 104 485	2 762 200	3 505 700

Overført fra 1999 til 2000:
Post 61: 26 192 000 kroner
Post 62: 712 000 kroner

Post 61 Tilskudd til omsorgstjenester, kan overføres

Handlingsplanen for eldreomsorgen går nå inn i sitt fjerde år. I tråd med St.meld. nr. 50 (1996-97), St.meld nr. 34 (1999-2000) og omtalen i Kommuneøkonomiproposisjonen for 2001 ((St.prp. nr. 62 (1999-2000)) foreslås bevilgningen økt med 800 mill. kroner.

Følgende beløp foreslås overført til andre budsjettkapitler:
- 2 mill. kroner overføres kap. 701, post 21.
- tilskudd til omsorgstjenester og skjønnstilskuddet inngår i forsøksordningen der øremerkede tilskudd utbetales som rammetilskudd til 20 forsøkskommuner. Midlene til forsøkskommunene skal overføres kap. 571, post 68 *Forsøk med rammefinansiering av øremerkede tilskudd* på KRDs budsjett. I tillegg til overføringen på 161,2 mill. kroner for 2000, overføres 46,3 mill. kroner KRDs budsjett i 2001.

Bevilgningen for 2001 omfatter følgende forslag:
- samlet omsorgstjenestetilskudd, hvorav: 3.475.000.000 kr
  - over kap. 670, post 61: 3 274 302 948 kr
  - over kap. 571, post 68: 200 697 052 kr
- samlet skjønnstilskudd, hvorav 210 000 000 kr
  - over kap. 670, post 61: 203 069 753 kr
  - over kap. 571, post 68: 6 930 247 kr
- personelltiltak 10 000 000 kr
- rekruttering, personell m. v. 8 700 000 kr

Formål og hovedprioriteringer

Formålet med omsorgstjenestetilskuddet er å bidra til å styrke den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og spesielt tilbudet til befolkningen over 67 år. Midlene skal brukes i tråd med målene i de kommunale planene for styrking av eldreomsorgen. Det er en overordnet målsetting at pleie- og omsorgstjenesten skal dekke de ulike behovene i befolkningen, og at tilbudet i størst mulig grad er uavhengig av alder, bosted, inntekt og sosial status. Midlene vil bli utbetalt på grunnlag av de plandokumenter og resultat- og plandata som kommunen skal sende fylkesmannen innen fastsatt frist. Tiltakene skal innarbeides i kommunens årsbudsjett og fireårige økonomiplan.

Skjønnstilskuddet skal ytes til de kommuner som har det dårligst utbygde pleie- og omsorgstilbudet til eldre og som samtidig har en svak kommuneøkonomi, herunder også kommuner med spesielt store udekkede behov for kompetansehevende tiltak. Midlene skal brukes på en slik måte at målene i de kommunale planene for styrking av eldreomsorgen nås. I tillegg skal enkelte kommuner kunne motta kompensasjon for større utbyggingsprosjekter med sykehjem og omsorgsboliger, som ble ferdigstilt før handlingsplanen.

Resultatrapport og tilstandsvurdering

Det har vært en målsetting å etablere omlag 3 000 nye årsverk i pleie- og omsorgstjenesten i 1999. Resultatene registreres gjennom kommunenes ordinære rapportering til SSB om personell i pleie- og omsorgstjenesten. Foreløpige tall fra SSB viser at det er opprettet om lag 2.650 nye årsverk i løpet av 1999. For en nærmere omtale av handlingsplanens resultater vises det til St.meld. nr. 34 (1999-2000) ”Handlingsplanen for eldreom-

sorg etter to år" og til innledningen i statsbudsjettet.

Fylkesmannen skal i samarbeid med fylkeslegen foreta en fortløpende vurdering av grunnlaget for tilskuddsutbetaling med utgangspunkt i kommunenes rapporter og planer, samt tilgjengelig statistikk, regnskaps- og budsjettdata. 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. Både i 1998, 1999 og i 2000 har fylkesmannen holdt midler tilbake fordi kravene ikke var oppfylt. I juni 1999 var det om lag 80 kommuner som ikke mottok fullt tilskudd, mens det ved årsskiftet kun var en kommune som fortsatt ikke mottok tilskudd. I september 2000 var det 16 kommuner som kun mottok avkortet tilskudd. Fylkesmannen og fylkeslegen bistår kommunene i prosessen med å innfri kravene. Sosial- og helsedepartementet følger situasjonen nøye. Det forventes at de fleste av de gjenværende kommuner i løpet av høsten vil innfri kravene knyttet til tilskuddet og få utbetalt midlene.

I 2000 mottar 270 kommuner skjønnstilskudd og 94 av disse mottar kompensasjon pga større investeringer før finansieringsordningene ble endret. Om lag 55 mill. kroner er tildelt til dette formålet. Videre er om lag 125 mill. kroner tildelt kommuner med svakt utbygd pleie- og omsorgstjeneste og 28 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. Det er grunn til å tro at 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 2000 er om lag 10 mill. kroner av omsorgstjenestetilskuddet for 2000: 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 forhold til utviklingen av antall eldre. 20 kommuner i 7 fylker har på denne måten mottatt fullt omsorgstjenestetilskudd uten å dokumentere tilsvarende vekst i antall nye årsverk.

For en nærmere omtale av resultatene knyttet til omsorgstjenestetilskuddet og skjønnstilskuddet vises det til St.meld. nr. 34 (1999-2000) "Handlingsplanen for eldreomsorg etter to år".

Satsingsområder og mål for 2001

Omsorgstjenestilskuddet foreslås økt med 800 mill. kroner Det er en målsetning at bevilgningen skal gi om lag 3000 nye årsverk i pleie- og omsorgstjenesten i 2001.

For omsorgstjenestetilskuddet vil samme fordelingskriterier bli lagt til grunn som ved fordelingen av bevilgningen for perioden 1998-2000: andel personer 67-79 år 20,6 pst., andel personer 80-89 år 44,9 pst., andel personer 90 år og over 17,1 pst., andel ikke gifte 67 år og over 8,7 pst. og dødelighet 8,7 pst.

Fylkesmannen skal i samarbeid med fylkeslegen følge gjennomføringen av handlingsplanen i den enkelte kommune, og påse at de øremerkede tilskuddene brukes i tråd med de krav som er stilt. Tilsvarende som for inneværende år vil første termin av omsorgstjenestetilskuddet i 2001 bli utbetalt som en videreføring av siste terminutbetaling i 2000, forutsatt at ikke særlige grunner tilsier noe annet.

På samme måte som for 2000 er det avsatt en ramme på inntil 50 mill. kroner av omsorgstjenestetilskuddet for 2001 som kan benyttes til: a) Godskrive gjennomførte og godt dokumenterte effektiviseringstiltak som aktivitetsvekst. b) På skjønnsmessig grunnlag akseptere mindre aktivitetsvekst i kommuner med stram økonomi, men med en tilfredsstillende pleie- og omsorgstjeneste i forhold til utviklingen av antall eldre. Rammen inngår som en del av omsorgstjenestetilskuddet og vil bli fordelt mellom fylkene. Forslaget om å disponere 50 mill. kroner på denne måten vil innebære at måltallet på 6.000 nye årsverk i pleie- og omsorgstjenesten i 2000 og 2001 samlet sett kan bli redusert med om lag 190 årsverk.

For å øke rekrutteringen og kompetansen innen pleie- og omsorgssektoren er det avsatt midler til videreutdanning av høyskoleutdannet personell. Omsorgstjenestetilskuddet og skjønnstilskuddet inngår blant de tilskuddene som omfattes av forsøksordningen med øremerkede tilskudd som rammetilskudd. Midlene til de 20 forsøkskommunene overføres til kap. 571, post 68 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett, se nærmere omtale under kap. 571, post 68.

Oppfølging av St.meld. nr. 34 (1999-2000)

For 2002 foreslår regjeringen at driftstilskuddet legges inn i inntektssystemet med den fordeling som er lagt til grunn i 2001, jf. St.meld. nr. 34 (1999-2000) Fordelingsnøkkelen i inntektssystemet vurderes i denne sammenheng endret på bakgrunn av den sterke veksten i tallet på eldre over 80 år, slik at omfordelingseffekten ikke blir for stor. Manglende måloppnåelse i 2001 vil kunne medføre avkorting av tilskuddet til den enkelte kommune i 2002.

St.meld. nr. 34 (1999-2000) "Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år" har et behovsanslag på 5 000 nye sykehjemsplasser/omsorgsboliger fra 2002 til 2007. Rammen på 24 400 enheter har ligget fast siden St.meld. nr. 50 (1996-97) Handlingsplanen for eldreomsorgen ble lagt frem.

Kommunenes planer for bygging av omsorgsboliger og sykehjem omfatter totalt 38 500 enheter. I kommunenes plantall inngår omsorgsboliger knyttet til opptrappingsplanen for psykisk helse, med en ramme på 3 400 enheter, samt 3 500 omsorgsboliger og sykehjemsplasser som det ble gitt tilsagn til før handlingsplanperioden. Videre er fylkesmennenes vurdering at det er grunnlag for å redusere de kommunale plantallene med om lag 1 000 enheter.

Ved å utvide handlingsplan for eldreomsorgen med ytterligere 5 000 nye omsorgsboliger og sykehjemsplasser, til 29 400 plasser, er det skapt rimelig samsvar mellom de lokale planer og handlingsplanens nye måltall. Differansen mellom tallene fra fylkesmennene og regjeringens behovsanslag er på 1 200 enheter for handlingsplanperioden. En viss usikkerhet vil alltid være knyttet til slike behovsanslag for utbygging over flere år, samtidig som kommunene erfaringsmessig planlegger noen flere enheter enn de velger å realisere. For øvrig vises det til omtale i St.meld. nr. 34 (1999-2000) av personaldekning og eldres helseutvikling.

For å sikre likebehandling mellom kommunene, foreslår Regjeringen at handlingsplanens tilskuddsordning for bygging av sykehjemsplasser og omsorgsboliger videreføres med dagens satser og med en utvidet tilsagnsramme tilsvarende 5 000 enheter i 2002. Etter dette henvises søknader til Husbankens boligtilskuddsordning. Bygging av 5 000 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger innebærer om lag 3,9 mrd. kroner i oppstartingstilskudd og kompensasjonstilskudd.

For søknadsbehandlingen legges prioriteringssignalene i St.meld. nr. 34 (1999-2000) til grunn, slik at sykehjem og omsorgsboliger med areal tilrettelagt for heldøgns tjenestetilbud, eneromssatsing og utskifting av umoderne bygningsmasse prioriteres omsorgsboligbygging uten slik tilrettelegging.

Det vises for øvrig til Kommunal- og regionaldepartementets budsjett med nærmere omtale under kap. 586.

Post 62 Styrking av geriatri, kan overføres

Tilskuddsordningen under kap. 670, post 62 avvikles fra 2001 og midlene er vedtatt flyttet til 21-poster, jf. St.prp. nr. 62 (1999-2000) og Innst. S. nr. 252 (1999-2000). Det foreslås at 3 mill. kroner overføres til kap. 675, post 21 til oppfølging av undervisningssykehjemsprosjektet og at 4 mill. kroner overføres til kap. 739, post 21 til kompetansehevende tiltak i regi av Statens helsetilsyn.

Post 70 Tilskudd til pensjonistenes organisasjoner m.m

Formålet med bevilgningen til pensjonistenes organisasjoner er å styrke deres mulighet til å drive interessepolitisk arbeid, samt til å gi medlemmene service. Bevilgningen fordeles som tilskudd til Norsk Pensjonistforbund. Norsk Pensjonistforbund fordeler midlene til andre landsdekkende pensjonistorganisasjoner etter en nøkkel som organisasjonene er blitt enige om. Fordelingsnøkkelen består av et grunntilskudd til hver organisasjon og et beløp pr. betalende medlem. Departementet følger bruken av midlene gjennom årsmelding, budsjett og regnskap. Bevilgningen for 2001 er foreslått til 4,7 mill. kroner.

1,5 mill. kroner, som tilsvarer det årlige driftstilskuddet til Senter for Senior Planlegging, foreslås overført til kap. 2600, post 70. Det vises til nærmere omtale under kap. 2600.

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

Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av Mosserød alders- og sykehjem og Jødisk Bo- og Seniorsenter, for henholdsvis adventister og jøder, og dermed stimulere til at kommuner velger å kjøpe plasser ved disse institusjonene. Følgende vilkår for bevilgningen foreslås videreført:

- bevilgningen skal i hovedsak nyttes til å subsidiere den kommunale kostnaden for nye beboere som enten tilhører Det mosaiske trossamfunn eller Syvendedags Adventistsamfunn

- tilskuddet bør fortrinnsvis tilgodese personer hjemmehørende i andre kommuner enn der institusjonen ligger
- midlene skal nyttes for plass til personer som ut fra kommunens egne behovsvurderinger har behov for tilbud i aldersinstitusjon
- subsidieringen kan ikke ha et slikt omfang at urimelig påvirker kommunens valg av typer tiltak
- de midler som ikke kan nyttes i samsvar med pkt. 1-4 kan anvendes i forhold til medlemmer av trossamfunnene som ikke er faste beboere ved institusjonen. Dette kan være tilbud om dagplass, kortidsplass og hjemmebesøk m.v.

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

Kap. 0673 Tiltak for funksjonshemmede

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	16 500	10 980	11 210
61	Oppfølging av ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming	1 111 762	898 000	834 300
62	Tilskudd til utskriving av unge funksjonshemmede, *kan overføres*	52 243	45 000	39 000
63	Begrenset bruk av tvang	108 000	98 300	93 600
65	Psykisk utviklingshemmede med sikringsdom, *kan overføres*	37 522	29 000	35 000
72	Tiltak for døvblinde	33 300	34 230	43 200
73	Tilskudd til likemannsarbeid	12 144	12 640	12 820
75	Tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner	79 926	82 150	84 620
	Sum kap 0673	1 451 397	1 210 300	1 153 750

Overført fra 1999 til 2000:
Post 01: 288 000 kroner
Post 65: 129 000 kroner

Post 01 Driftsutgifter

Til dekning av fylkesmennenes utgifter i forbindelse med nytt 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 11,21 mill. kroner. For øvrig vises til omtale under kap. 673, post 63 og kap. 604, post 01 pkt. 5.7.

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 og fylkeskommunene over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett.

Formålet med bevilgningen er å skjerme 33 vertskommuner mot visse omfordelingsvirkninger i inntektssystemet. I hht. avtalen mellom Sosial- og helsedepartementet og Landssammenslutningen av vertskommuner (LVSH) skal tilskuddet justeres hvert fjerde år. 2001 er tidspunkt for en slik justering. Beløpet som foreslås nedjustert er beregnet ut fra opplysninger innhentet i 2000 fra vertskommunene om flyttinger og dødsfall innen gruppen psykisk utviklingshemmede som inngår i beregningsgrunnlaget for tilskuddsordningen. I henhold til dette opplegget foreslås vertskommunetilskuddet nedjustert med 63,67 mill. kroner som foreslås overført til kap. 571, post 60 og innlemmet i inntektssystemet.

Sosialkomiteen har i Budsjett-innst. S. nr. 11 – (1999-2000) bedt om at det skal finnes fram til en ordning som sikrer at vertskommunetilskuddet

pris- og lønnsomregnes så lenge denne ordningen varer. Regjeringen har lagt opp til at kompensasjon i kommuneoverføringene fortrinnsvis skal skje gjennom økningen i kommunenes frie inntekter. Det gjelder også for vertskommunetilskuddet. Det er derfor ikke fremmet forslag om prisomregning av denne bevilgningen.

Samlet tilskudd som foreslås videreført er på 834,3 mill. kroner. Erfaringene fra 2000, som er første år 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. Det foreslås å sette av 5 mill.kroner til dette formål.

Fra og med 2000 er det satt i gang et forsøk med å tildele øremerkede tilskudd som rammetilskudd i 20 kommuner. To av vertskommunene er med i forsøket. Midlene som er overføret til kap. 571, post 68 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett er på 27,8 mill. kroner. Se for øvrig omtale på KRDs budsjett.

Den egne statusrapportering om tilbudet til mennesker med psykisk utviklingshemning er avviklet fra 2000. Den særskilte rapporteringen om antall psykisk utviklingshemmede til bruk for inntektssystemet i kommunene videreføres i 2001. Etter initiativ fra Sosial- og helsedepartementet har Norges Forskningsråd (NFR) utarbeidet et forskningsprogram om livssituasjon for mennesker med psykisk utviklingshemning. NFR tar sikte på dels å følge opp tidligere evalueringer av ansvarsreformen og videre ta opp nye problemstillinger knyttet til gruppens livssituasjon. Tjenestetilbudet til gruppen vil også bli vurdert.

Oppbyggingen av alternative botilbud for de som bodde på en HVPU-institusjon er med noen få unntak sluttført. Hovedutfordringer man står overfor er å bygge opp alternative botilbud for voksne utviklingshemmede som bor hos foreldre/pårørende og å sikre livskvalitet og forsvarlig habiliterings- og helsetilbud.

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

Formål og hovedprioriteringer

Formålet med bevilgningen er å stimulere kommunene til å gi yngre funksjonshemmede i alders- og sykehjem som ønsker det et alternativt tilbud om bolig og tjenester. Målgruppen er personer under 67 år med fysiske funksjonshemninger. Personer under 50 år blir prioritert ved tildeling av tilskudd. Midlene skal benyttes til igangsetting og drift av det nye tjenestetilbudet.

Det gis et treårig tilskudd på til sammen 1 mill. kroner med følgende satser: Første året 400 000 kroner, andre og tredje året 300 000 kroner. Fylkesmannen forvalter tilskuddsordningen og tildeler midler etter de regler som er lagt fram for Stortinget i St.prp. nr. 1 (1997-1998).

Tabell 13.12Oversikt over innvilgede utflyttingstilskudd

Innvilgede utflyttingstilskudd				
1996	1997	1998	1999	I alt
81	58	41	71	251

Resultatrapport og tilstandsvurdering

Departementet følger bruken av midlene gjennom informasjon fra fylkesmennene om antall vedtak om utskrivning og antall personer som i løpet av året er flyttet ut. Det ble fattet kommunale vedtak om utflytting og ytt tilskudd til utflytting av 71 personer i 1999.

Satsingsområder og mål for 2001

Departementet tar sikte på å avvikle denne midlertidige ordningen med virkning fra 2003, jf. St.prp. nr. 62 (1999-2000). Ny ordning for finansiering av tiltak for særlig ressurskrevende brukere i kommunene som trådde 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 er siste året det kan søkes førstegangstilskudd etter denne midlertidige ordningen. Stortinget har under behandlingen av Innst. S. nr. 114 (1997–98) uttalt at alle unge funksjonshemmede som i dag oppholder seg i eldreinstitusjoner, og som ønsker å flytte ut, får flytte ut innen år 2005. Ingen nye funksjonshemmede skal i samme tidsrom, flyttes inn i eldreinstitusjoner dersom de ikke ønsker det.

For å oppfylle Stortingets målsettinger er det i 2000 stilt til rådighet 1,5 mill. kroner til fylkesmennene. Midlene skal brukes til styrking av rådgiving og støtte til kommune i forbindelse med utflytting av de som ønsker eget botilbud.

For ytterligere å stimulere utflytting tas det sikte på å igangsette et toårig regionalt bo- og rehabiliteringstilbud i samarbeid med fire rehabiliteringsinstitusjoner. Det foreslås at 11 mill. kroner av denne posten settes av til dette formål i 2001.

Kvalifiserte søknader fra 2000 som av budsjettmessig årsaker ikke kan innvilges, foreslås innvilget som et to-årig tilskudd med 400000 kroner i 2001 og 600000 kroner i 2002.

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.

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

Til dekning av kommunenes utgifter i forbindelse med nytt 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 93,6 mill. kroner.

Departementet foreslår at midlene på samme måte som i 1999 og 2000 fordeles til kommunene i forhold til antall psykisk utviklingshemmede over 16 år. Dette er et tilskudd der kontrollen er begrenset til å sjekke om utbetalingen er i samsvar med fordelingskriteriet.

Fra og med 2000 er det satt i gang et forsøk med å tildele øremerkede tilskudd som rammetilskudd i 20 kommuner. Tilskuddet til begrenset bruk av tvang overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning er ett av de tilskuddene som omfattes av forsøksordningen. Midlene som er overført til kap. 571, post 68 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett er på 5,6 mill. kroner. Se for øvrig omtale under kap. 571, post 68.

Departementet vil hente inn rapporter fra fylkesmennene og den rådgivende gruppen for sosialtjenesteloven kap. 6A, bl.a. om praktiseringen av reglene og behov for regelendringer. I tillegg er det satt i gang enkelte forskningsprosjekter i forhold til dette saksområdet.

Sosialtjenesteloven kap. 6A er midlertidig og gjelder fram til 01.01.02. Den rådgivende gruppen har foreslått at virketida for kap. 6A bør forlenges i to år, fram til 01.01.04, og at gruppens funksjonstid bør forlenges til 01.07.02. Departementet vil legge fram en Ot. prp. om forlengelse av virketida for kap. 6A og gruppens funksjonstid så snart som mulig.

For øvrig vises det til omtale under kap. 604, post 01 pkt. 5.7, kap. 673, post 01 og kap. 0675 post 21 pkt. 3.

Post 65 Psykisk utviklingshemmede med sikringsdom, kan overføres

Formålet med bevilgningen er å støtte kommuner som har etablert kostnadskrevende tiltak for å ivareta omsorgen for og sikringen av psykisk utviklingshemmede med en sikringsdom. I 1999 ble det gitt tilskudd til 26 kommuner. Foreløpige tall for 1999 viser at det er søkt om støtte til i alt 25 psykisk utviklingshemmede med sikringsdom. Midlene fordeles av Sosial- og helsedepartemen-

tet etter søknader fra kommunene. Bruken av midlene kontrolleres gjennom budsjett og regnskap for kommunens utgifter knyttet til den enkelte sikringsdømte.

I 1999 ble det utbetalt i alt 37,3 mill. kroner. Det fremmes forslag om 35 mill. kroner i 2001. Ordningen vil bli revurdert i forbindelse med innføring av nytt særreaksjonssystem. Et lovforslag om dette har vært på høring, og Justisdepartementet og Sosial- og helsedepartementet samarbeider med sikte på å legge fram en ot. prp.

Post 72 Tiltak for døvblinde

Fra 1. januar 1999 har departementet i samarbeid med Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet etablert et kompetansesystem for døvblinde og en sentralenhet med et landsdekkende koordineringsansvar. Målet er et samordnet og brukerrettet tilbud med klare faglige og økonomiske styringslinjer og nødvendige avgrensinger i forhold til kommunale og fylkeskommunale arbeidsoppgaver. Styret for Statlige spesialpedagogiske støttesystem er delegert driftsoppgaver overfor kompetansesystemet.

Bevilgningen foreslås styrket med følgende overføringer:

- 1,9 mill. kroner fra kap. 674, post 21.
- 6 mill. kroner fra kap. 572, post 60 på KRDs budsjett.

Formål og hovedprioriteringer

Formålet med bevilgningen er å sikre driften av et kompetansesystem for døvblinde. Systemet skal gi et helhetlig tilbud, både på helse- og sosialsektorens og skolesektorens områder. Virksomheten knytter seg til: Utredning av døvblinde personer som har midlertidig opphold ved sentrene og av personer i deres respektive hjemkommuner, rådgivning og kompetanseheving i forhold til kommunalt ansatte tjenesteytere, både som oppfølging av enkeltpersoner og gjennom generell veiledning. Bevilgningen skal også sikre drift av Eikholt senter for døvblinde.

Resultatrapport og tilstandsvurdering

Kompetansesystemet har fire sentre med regionalt ansvar. Disse er: Andebu døvblindesenter, Vestlandet kompetansesenter i Bergen, Døvblindesenteret i Nord-Norge, Tromsø og Skådalen kompetansesenter i Oslo. Sentrene i Troms og Andebu har opprettet egne boenheter for personer som har behov for et spesielt tilrettelagt varig bo- og tjenestetilbud. Det ordinære bo- og tjenestetilbudet finansieres av beboernes hjemkommuner, mens det i tillegg ytes spesialiserte tjenester fra sentrene.

Kompetansesystemet har også sentre med spesielle landsdekkende funksjoner. Eikholt er et bo- og kurssenter for døvblinde fra hele landet. 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 fra Landsdekkende døvblindetjeneste ved Hjelpemiddelsentralen i Buskerud.

Staten ved Sosial- og helsedepartementet og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet tildeler årlig midler til drift av sentrene. Sosial- og helsedepartementet yter også midler til såkalte spesialiserte tjenester knyttet til Nøkkelbo, Hjemmet for døve i Andebu. Dette er et bo- og tjenestetilbud til døve med tilleggshandikap og er ikke regnet som del av kompetansesystemet for døvblinde. Bruken av Sosial- og helsedepartementets midler kontrolleres gjennom årlige virksomhetsplaner, budsjetter, regnskaper og årsmeldinger.

Satsingsområder og mål for 2001

I 2001 vil det arbeides med videreutvikling av kompetanse i forhold til hele døvblindegruppen og koordinering av tjenestetilbudet. Sentralenheten skal arbeide med rutiner for koordinering av aktiviteten i kompetansesystemet og utarbeidelse av enhetlige rutiner for henvisning. Eikholt skal være et bo- og kurssenter for døvblinde og et møtested for døvblinde og deres pårørende. Senteret har et spesielt ansvar for rehabiliteringsopphold.

Det tildeles midler fra Sosial- og helsedepartementets kap. 673, post 72 og fra Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementets kap. 243. Departementene koordinerer sine styringssignaler gjennom tildeling av midler og krav til rapportering. Dette skjer også ved at Styret for Statlige spesialpedagogiske støttesystem er delegert driftsoppgaver overfor kompetansesystemet.

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. Det er nå et spesialsykehjem på Oslos helseplan. Spesialsykehjemmene opphører fra årsskiftet.

Opphold for beboere fra andre fylker har vært dekket av vedkommende fylkeskommune og/eller kommune. Sosialkomiteen har forutsatt at SHD finner fram til en finansieringsordning som sikrer driften ved CSS. Hoveddelen av de utgiftene det offentlige skal finansiere knytter seg til tjenester som primærkommunene har ansvaret for.

CSS har en fagavdeling der høyt kvalifisert tverrfaglig personell utreder og behandler brukerne, gir veiledning til det øvrige personalet og til personell og brukere fra andre deler av landet. Avdelingen yter spesialiserte tjenester som det ikke er naturlig å finansiere over midler fra gjestepasientordningen og fra primærkommunene. Departementet fremmer derfor forslag om at det bevilges 7,9 mill. kroner over kap. 673, post 72 til dekning av denne del av CSS virksomhet.

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 III, pkt 2 og 3).

Post 73 Tilskudd til likemannsarbeid

Tilskuddsordningen til likemannsarbeid ble i 1998 vedtatt gjort permanent, se St.meld. nr. 34 (1996-97) og Innst. S. nr. 114 (1997-98).

200000 kroner foreslås overført til kap. 604, post 01 til styrking av driftsbudsjettet til sekretariatet til Fordelingsnemnda for tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner.

Formål og oppgaver

Likemannsarbeidet er bl.a. å etablere kontakt mellom foreldre som nylig har fått et barn med funksjonshemning og foreldre som har erfaring, besøkstjeneste fra erfarne funksjonshemmede til nyblitte funksjonshemmede, 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.

Midlene går ikke til drift av organisasjonene, men til å dekke likemennenes utgifter og til opplæring av likemenn.

Resultatrapport og tilstandsvurdering

I 2000 er bevilgningen på 12,6 mill. kroner hvorav ca. 3 mill. kroner er forbeholdt likemannsarbeid i forhold til yrkesrettet attføring og arbeid. Antall organisasjoner som mottok likemannsmidler i 2000 var 85. Til likemannsarbeid i forhold til yrkesrettet attføring og arbeid mottok 26 organisasjoner midler i 2000.

Satsingsområder og mål for 2001

Tilskuddsordningen foreslås videreført på samme måte som i 2000 og med om lag samme forholdsmessighet når det gjelder tildeling til likemannsarbeid knyttet til yrkesmessig attføring og arbeid, og andre formål.

Post 75 Tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner

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.

Midlene fordeles av fordelingsnemnda for tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner. Fordelingsnemnda er oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet etter forslag fra organisasjonene og etter retningslinjer fastsatt av departementet. Fordelingsnemndas tildeling går i hovedsak til landsomfattende organisasjoner av og for funksjonshemmede. ¾ av midlene fordeles sentralt av Fordelingsnemnda. ¼ av midlene fordeles av fylkeslegene til lokale tiltak for funksjonshemmede. Organisasjonene må være representative, demokratisk oppbygd og bygge på individuelt medlemskap m.m. Midlene fordeles dels på grunnlag av faste kriterier, dels etter skjønn basert på dokumentasjon fra organisasjonene. Innen rammen av retningslinjene for tildeling,

herunder regnskapsplikt, er det opp til organisasjonene selv å prioritere og organisere sin virksomhet.

Paraplyorganisasjonen Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) har fått tilskudd i mange år. Tilskuddet er fra 1998 fastsatt av departementet. Tilskudd for 2001 fastsettes til 5,3 mill. kroner.

Sosial- og helsedepartementet er klageinstans for midlene fordelt av Fordelingsnemnda, og Fordelingsnemnda er klageinstans for midler fordelt av fylkeslegene.

Resultatrapport og tilstandsvurdering

103 organisasjoner mottok tilskudd i 2000, mot 99 i 1999. Fordelingsnemnda gir også tilskudd til tiltak for funksjonshemmede i regi av ulike frivillige organisasjoner. Sosial- og helsedepartementet fastsatte tilskuddet til FFO for 2000 til 6,32 mill. kroner.

I budsjettproposisjonen for 2000 foreslo departementet en gradvis avvikling av ordningen med direkte tilskudd til paraplyorganisasjonen FFO. Forslaget innebar en omfordeling av midlene og at paraplyorganisasjoner skulle finansieres av sine organisasjoner. Ved behandlingen av statsbudsjettet for 2000 sluttet Stortingets sosialkomite seg ikke til departementets forslag. Komiteen uttalte:

> «Komiteen ber departementet utrede en ordning med støtte til funksjonshemmedes organisasjoner, og at forslag legges fram i forbindelse med budsjettet for 2001. Herunder må løsningen i den svenske utredningen SOU 1999:89 med deler av tilskuddet til medlemsorganisasjonene øremerkes til fordel for paraplyorganisasjonene, vurderes.»

Støtten til paraplyorganisasjonene ble utredet av en arbeidsgruppe nedsatt av departementet. Utredningen ble avgitt i april 2000. Arbeidsgruppen, der alle de 3 nåværende paraplyorganisasjonene (FFO, SAFO (Samarbeidsforum for funksjonshemmedes organisasjoner) og FOSS (Fellesorganisasjonen av små og sjeldne diagnosegrupper)) var representert, kom ikke fram til et felles forslag når det gjaldt støtten til paraplyorganisasjoner. En samlet arbeidsgruppe anbefalte imidlertid at hele den statlige tilskuddsordningen til funksjonshemmedes organisasjoner skulle gjennomgås i en bredere utredning enn det arbeidsgruppen hadde mandat og tidsramme til, og at konsekvenser av ulike modeller skulle utredes.

Departementet har satt ned et eget utvalg til å forestå dette utredningsarbeidet. Oppnevning av deltakere og utarbeidelse av mandatet har skjedd i dialog med brukerorganisasjonene. Utvalget skal avgi sin rapport i september 2001. Deretter vil utredningen bli sendt ut på høring blant organisasjonene.

Satsingsområder og mål for 2001

Det legges opp til en videreføring av tilskuddsordningen på samme nivå som i 2000. Dette vil føre til redusert tilskudd til den enkelte organisasjon fordi antall tilskuddsberettigede organisasjoner øker.

Kap. 0674 Handlingsplan for funksjonshemmede

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	55 135	46 100	41 600
60	Tilskudd til assistenter for funksjonshemmede	34 915	45 000	45 000
	Sum kap 0674	90 050	91 100	86 600

Post 21 Spesielle driftsutgifter, kan overføres

Bevilgningen skal benyttes til å følge opp mål og gjennomføre tiltak i St.meld. nr. 8 (1998-99) Om handlingsplan for funksjonshemma 1998 – 2001.

Følgende beløp foreslås overført til andre budsjettkapitler:

- 4 mill. kroner til kap. 675, post 50.
- 1,9 mill. kroner til kap. 673, post 72.

Formål og oppgaver

St.meld. nr. 8 (1998-99) Om handlingsplan for funksjonshemma 1998-2001 omfatter 161 tiltak fordelt på 10 departementers ansvarsområde. Stortingsmeldingen omtaler mål, strategier og tiltak for å bedre forholdene for mennesker med funksjonshemninger. Stortingsmeldingen er en del av Norges arbeid for å følge opp FNs standar-

dregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemming. Viktige satsingsområder er tilgjengelighet, planlegging og brukermedvirkning, funksjonshemmedes rettigheter samt en særskilt tiltaksplan for å øke yrkesaktiviteten blant funksjonshemmede.

Oppfølgingen av handlingsplanen blir koordinert av sosialministeren og Statssekretærutvalget for den samlede politikken for funksjonshemmede. Det vises til berørte departementers fagproposisjoner og til denne proposisjonens kap. 674. En samlet rapportering fra departementene over alle tiltak i handlingsplanen foreligger i eget rundskriv.

Resultatrapport og tilstandsvurdering

Kap. 674, post 21 omfatter tiltak som ikke finansieres over de berørte departementers ordinære budsjetter.

a) Andre departementer

En rekke departementer har iverksatt og/eller gjennomført tiltak for å nå målet om et mer tilgjengelig samfunn. Over kap. 674, post 21 er det bla. stilt midler til rådighet for å øke tilgjengeligheten for funksjonshemmede til universitet og høyskoler, bedre mulighetene for at funksjonshemmede ungdommer kan fullføre videregående opplæring fram mot studie- eller yrkeskompetanse. Det er gitt midler til Norges Forskningsråd til et prosjekt for å øke tilgjengeligheten for funksjonshemmede til ny teknologi. Samfunnsplanlegging og brukermedvirkning er et av hovedsatsingsområdene i handlingsplanen. Det er over kap. 674, post 21 tildelt midler til Miljøverndepartementet for å styrke vektleggingen av hensynet til funksjonshemmede i kommunal og fylkeskommunal planlegging. I tillegg finansieres planforsøk i fylker og kommuner, og utviklingsprosjekter.

b) Sosial- og helsedepartementet

Større tiltak på Sosial- og helsedepartementets ansvarsområde:

- tilbudet om brukerstyrt personlig assistanse er lovfestet
- det vil bli arbeidet med spørsmål knyttet til utprøving av et kompetansenettverk for døvblitte og sterkt tunghørtblitte og deres pårørende
- Norges Forskningsråd og Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens har ansvar for prosjektet funksjonshemmede og aldring. Utviklingsprosjekter er igangsatt knyttet til bl.a. døve, døvblinde, utviklingshemmede og poliorammede.
- det er etablert eller under utprøving etterutdanningstilbud for tannhelsepersonell, leger og annet helsepersonell om sjeldne medisinske tilstander og formidling til familier som får barn med alvorlige diagnoser
- det er igangsatt prosjekter knyttet til familier med funksjonshemmede barn og bruk av omsorgslønn
- det er opprettet et 3 årig prosjekt som er et nasjonalt støtteapparat for Grønn omsorg. Prosjektet er 3-årig og omfatter prosjekter i fem fylker
- det er gjennomført en kvalitativ undersøkelse rettet mot grunnstønadsmottakere med de dårligste levekår.
- det er gjennomført samlivskurs og undersøkelse av familier med funksjonshemmede barn i regi av Modum Bad.
- flere steder i landet er det etablert kontorer i regi av Funksjonshemmedes fellesorganisasjon og Norges Handikapforbund for å styrke brukerveiledningen.
- et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Sør-Trøndelag og Trondheim kommune om kompetanseutvikling som alternativ til bruk av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede.

Satsingsområder og mål for 2001

I 2001 vil det bli lagt vekt på å følge opp pågående prosjekter og oppsummere erfaringer med prosjekter som avsluttes.

Utvalget som skal vurdere strategier og virkemidler som fremmer målet om deltakelse og likestilling for funksjonshemmede skal legge fram sin utredning innen 01.07.2001. En bred høring og oppfølging av utredningen vil skje høsten 2001.

Erfaringer fra tiltak i handlingsplanen vil sammen med den offentlige utredningen danne grunnlag for å vurdere videre innsats for å nå målet om full deltakelse og likestilling for funksjonshemmede.

Post 60 Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse

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. Det som særpreger tjenesten er at brukeren gjennom blant annet å inneha arbeidslederrollen, påtar seg større ansvar for organisering og innhold i forhold til sine behov. 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 skal ikke være en særordning for bestemte brukergrupper/diagnosegrupper. Stortinget har vedtatt endring i sosialtjenesteloven som innebærer at brukerstyrt personlig assistanse er en ordning som kommunene plikter å ha på linje med de andre lovregulerte tjenestene etter sosialtjenesteloven. Lovendringen trådte i kraft 01.05.2000. Departementet har sendt ut et rundskriv med informasjon om ordningen til landets kommuner. Tilskuddet skal hovedsakelig dekke utgifter til opplæring, og til merutgifter bla. til utlysing og ansettelsesprosedyrer som ivaretar brukermedvirkning og til oppfølging av de som er i gang med ordningen.

Resultatrapport og tilstandsvurdering

I 2000 ble tilskuddet på 45 mill. kroner fordelt på 687 brukere i 257 kommuner i alle fylker. Blant disse var det 225 nye brukere og 462 var videreføring fra tidligere år. Interessen for ordningen har vært klart økende.

Satsingsområder og mål for 2001

For 2001 foreslås bevilgningen videreført med 45 mill. kroner. I 2001 vil tilskudd som allerede er gitt til godkjente brukere bli videreført samtidig som bevilgningen gir rom for nye brukere.

Kap. 0675 Tiltak for eldre og funksjonshemmede

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	10 227	12 600	13 000
21	Spesielle driftsutgifter	22 599	19 900	34 600
50	Norges forskningsråd		15 250	24 400
70	Tilskudd til spesielle formål	13 510	13 200	15 600
	Sum kap 0675	46 336	60 950	87 600

Overført fra 1999 til 2000:
Post 21: 946 000 kroner

Post 01 Driftsutgifter

Midlene benyttes til fylkesmenennes, 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. Fylkesmennene er pålagt omfattende oppgaver i forbindelse med tildeling av omsorgstjeneste- og skjønnstilskudd, og kontroll og oppfølging av kommunenes plan- og budsjettarbeid. I den siste delen av planperioden er det omfattende oppgaver knyttet til kommunenes søknader om tilskudd til bygging av sykehjem og omsorgsboliger, jf. kap. 586, post 62 og 63 på KRDs budsjett. Fylkesmannen og fylkeslegen vurderer det enkelte byggeprosjekt og gir uttalelse til Husbanken.

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 sosialpersonell. Også i forbindelse med disse planene er fylkesmannen etter hvert pålagt betydelige oppgaver med tilskuddsforvaltning, rapportering og faglig oppfølging overfor kommunene. Ved utvidelse av tilsagnsrammen med ytterligere 5000 enheter i 2002, legges det opp til at midlene til fylkesmannens/fylkeslegenes oppfølging av kommunene videreføres i 2002.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen omfatter midler som skal gå til informasjonsvirksomhet knyttet til pleie- og omsorgssektoren, forsøks- og utviklingsarbeid samt kompetansehevende tiltak.

Følgende beløp foreslås overført til andre budsjettkapitler:

- 700 000 kroner til kap. 675, post 50 til pågående 5-årig prosjekt vedrørende palliativ medisin og omsorg ved livets slutt i regi av Bergen Røde Kors Sykehjem.
- 309 000 kroner til kap. 229 Andre formål i grunnskolen, post 70 *Tilskudd* på KUFs budsjett. Beløpet tilsvarer det årlige driftstilskuddet til Dissimilis Kultur- og Kompetansesenter.
- 128 000 kroner til kap. 329 Arkivformål, post 01 *Driftsutgifte*r på KDs budsjett. Beløpet tilsvarer det årlige tilskuddet til Riksarkivet til delfinansiering av utgiftene knyttet til arkivet etter Norsk Misjon blant Hjemløse.

Bevilgningen foreslås styrket med følgende overføringer:
- 3 mill. kroner fra kap. 670, tidligere post 62 til oppfølging av undervisningssykehjemsprosjektet.
- 1 mill. kroner fra kap. 718, post 21 til delfinansiering av arbeidet med nytt statistikksystem for pleie- og omsorgssektoren, jf. St.meld. nr. 34 (1999-2000).

Videre foreslås bevilgningen styrket med til sammen 11 mill. kroner til oppfølging av forslagene i St.meld. nr. 28 (1999-2000) Innhald og kvalitet i omsorgstjenestene og St.meld. nr. 34 (1999-2000) Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år, og til en kampanje for å rekruttere ungdom til helse og sosialfag i videregående skole.

Formål og hovedprioriteringer

Informasjonsvirksomhet knyttet til pleie- og omsorgssektoren.

Midlene til informasjonsvirksomheten benyttes til kurs, konferanser og seminarer for ansatte, folkevalgte og brukere innen pleie- og omsorgssektoren, og til utgivelse av informasjonsmateriale om aktuelle spørsmål innen sektoren. En del av bevilgningen stilles til rådighet for fylkesmennene til å avholde kurs og konferanser om faglige spørsmål på regionalt nivå innen pleie- og omsorg- og sosialsektoren.

Forsøks- og utviklingsarbeid samt kompetansehevende tiltak innen pleie- og omsorgssektoren.

Forsøks- og utviklingsarbeidet skal bidra til å danne grunnlag for politikkutformingen i sektoren. Midlene til FOU-virksomheten brukes til å øke kunnskap om og kompetanse i utformingen av et kvalitativt godt pleie- og omsorgsapparat, utvikle bedre praksis i det utførende apparat, fremskaffe informasjon om behovs- og tjenesteutvikling og forbedre kunnskapsgrunnlaget om funksjonshemmede og eldre.

Resultatrapportering og tilstandsvurdering

Informasjonsvirksomheten

I 2000 er informasjonsmidlene bl.a. benyttet til tiltak i forbindelse med oppfølgingen av Handlingsplanen for eldreomsorgen.

FOU-virksomheten og kompetanseutvikling

Bevilgningene til FOU-virksomheten i 2000 har bl.a. bidratt til mer kunnskap og kompetanse når det gjelder fagutvikling og organiseringen av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene samt arbeidsmiljøet for tjenesteyterne i sektoren. Formålet er å bidra til et kvalitativt best mulig pleie- og omsorgsapparat i kommunene. Dette arbeidet vil følges opp i 2001 bl.a. gjennom prioritering av området ledelse og organisering i pleie- og omsorgssektoren.

Innenfor NFRs programområde velferd og samfunn har det fra 1996 vært fire prosjekter knyttet til tatere og det norske samfunn. Tre prosjekter er avsluttet. Det siste knyttet til sterilisering vil bli avsluttet i 2000.

Satsingsområder og mål for 2001

For budsjettåret 2001 vil virksomheten konsentreres om følgende hovedsatsingsområder:
- bedre system for dokumentasjon, statistikk og rapporteringer
- levekårsdata om eldre og funksjonshemmede
- personellstatistikk for helse- og sosialsektoren
- rekruttering og kvalifisering av personell innen pleie- og omsorgssektoren:
- handlingsplanen for helse- og sosialpersonell, jfr. omtale i innledningen under pkt 4.
- rekrutteringstiltak rettet mot ungdom for styrke søkningen til helse og sosialfag ved videregående skole.
- prosjekt om undervisningssykehjem. Formålet med prosjektet er å bidra til å heve interessen, kvalitet og kompetanse innen eldreomsorgen. Målet er videre å styrke rekrutteringen og stimulere til fagutvikling og forskning.
- utvikling av virkemidler for kvalitet i tjenestetilbudet

- rettssikkerhet for demente. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens avslutter en kartlegging av bruk av tvang og andre rettighetsbegrensende tiltak overfor demente høsten 2000. Kartleggingen skal legges til grunn for forslag til lovendringer som skal bedre rettssikkerheten for demente. For en drøfting av spørsmål knyttet til rettssikkerhet for demente vises det til St.meld. nr. 28 (1999-2000) Innhald og kvalitet i omsorgstjenestene.
- forsøksordning med utprøving av eldreombud og omsorgsombud fortsetter ut 2002.
- evaluering av sosialtjenesteloven kap. 6A, som gjelder begrensning av bruk av tvang overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning, i regi av Norges forskningsråd og Nordlandsforskning. Prosjektet avsluttes våren 2001. Det er også satt i gang enkelte andre prosjekter i forhold til dette saksområdet. For øvrig vises det til omtale under kap. 673, post 01 og 63, kap 604, post 01 og kap. 674, post 21.
- utviklingsarbeid vedrørende boliger og tekniske løsninger.
- demenstelefon. Landsdekkende veiledningstjeneste vedrørende demens.
- utvikling av økonomiske og organisatoriske virkemidler
- ledelse og organisering i pleie- og omsorgssektoren. Departementet vurderer behovet for et forum som kan ha en integrerende og utviklende rolle i forhold til viktige utfordringer som pleie- og omsorgssektoren står overfor.
- effektivitetsstudie av pleie- og omsorgssektoren
- oppfølging av rapport om sykehjemmenes rolle og funksjon i fremtidens pleie- og omsorgstjeneste.

Nytt informasjonssystem for pleie- og omsorgstjenestene

Dagens pleie- og omsorgsstatistikk gir et mangelfullt grunnlag for å vurdere utviklingen i sektoren, hvordan nasjonale mål og lovpålagte oppgaver blir ivaretatt og om det er likeverd i tjenestetilbudet, jf. omtale i St.meld. nr. 50, 1996-97, Handlingsplan for eldreomsorgen.

St.meld. nr. 28, 1999-2000, Innhald og kvalitet i omsorgstenestene, viser til at departementet arbeider med et forslag til et informasjonssystem for Individbasert PLeie- og OmsorgsStatistikk (IPLOS) i KOSTRA. Det vil gi informasjon om brukernes pleie- og omsorgsbehov, tjenester som gis (type og omfang). IPLOS skal erstatte dagens statistikk over brukere av pleie- og omsorgstjenester.

Formålet med informasjonssystemet er å få bedre kunnskaper om brukerne, tjenestene og ressursinnsatsen som grunnlag for beslutninger lokalt og nasjonalt, redusere behovet for egne rapporteringer i forbindelse med øremerkede tilskudd, gi nødvendig statistikk for statlig tilsyn på fylkesnivå og for kommunenes planlegging, budsjettering og prioritering av ressurser.

Forslag til informasjonssystemet er sendt på alminnelig høring.

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.

Bevilgningen er totalt på 24,4 mill. kroner, og skal dekke igangværende forskningsprogrammer og andre langsiktige satsinger knyttet til Sosial- og helsedepartementets programkategori 09.70. Eldre og funksjonshemmede. Som følge av regjeringens opptrappingsplan for forskning foreslås denne posten økt med 4 mill. kroner til programmene Helse i arbeidslivet, som er nærmere omtalt under kap. 719, post 50, og Eldre og helse innenfor velferdsprogrammet. I tillegg er bevilgningen foreslått styrket med følgende overføringer:

- 700 000 kroner er foreslått overført fra kap. 675, post 21. Midlene er tiltenkt et pågående prosjekt vedrørende pallitativ medisin og omsorg ved livets slutt i regi av Bergen Røde Kors Sykehjem
- 4 mill. kroner er foreslått overført fra kap. 674, post 21 til oppfølging av IT-funk prosjektet innenfor Handlingsplanen for funksjonshemmede, 1998-2001.

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

Det tas forbehold om justering av beløpene tiltenkt det enkelte forskningsprogram.

Bevilgningen under denne posten går til Velferdsprogrammet – Samfunn, familie, oppvekst, programmene Helsetjenester og helseøkonomi og Helse i arbeidslivet.

Mye av forskningen for funksjonshemmede er spredt, både geografisk og faglig. Det har de siste årene vært satset på å få etablert kompetente og stabile forskningsmiljøer omkring forskning om funksjonshemmede i Norge. Norges forskningsråd har utarbeidet et nytt delprogram om forskning for funksjonshemmede.

Det legges vekt på å bidra til at den etablerte forskningen om funksjonshemmede videreutvikles og at det etableres et internasjonalt samarbeid på området. Hovedtema for forskningen er

- funksjonshemmedes levekår
- funksjonshemmedes livsløp og aldring
- funksjonshemmede og de offentlige velferdstjenestene.

Det er utarbeidet en kunnskapsstatus for omsorgstjenesteforskning. Med bakgrunn i bl.a. dette har Norges forskningsråd i 2000 utarbeidet et eget program for omsorgstjenesteforskning og gitt tilskudd til en rekke forskningsprosjekter innenfor området. Kunnskapsstatus om aldersforskning vil foreligge på slutten av år 2000 og danne grunnlag for vurdering av videre satsing på dette området.

Satsingen på omsorgstjenesteforskningen vil bli knyttet opp mot den igangsatte evalueringen av handlingsplanen for eldreomsorgen. I forskningen vil det bl.a. bli lagt vekt på

- rekruttering, ledelse og arbeidsmiljø i pleie- og omsorgstjenestene
- kvalitet, effektivitet og organisering av tjenestetilbud
- de svakeste brukerne
- evaluering av handlingsplanen for eldreomsorg som startet i 1998, videreføres i 2001

Post 70 Tilskudd til spesielle formål

a. Tilskudd til telefonvirksomhet m.m.

Formålet med bevilgningen er å fremme visse organisasjoners særskilte informasjons- og opplysningsvirksomhet og kontaktskapende arbeid.

Kirkens SOS i Norge mottar i 2000 7 755 000 kroner til drift av et landsomfattende nett av krisetelefoner. Midlene brukes til rekruttering og opplæring av frivillige telefonoperatører og til drift av 13 regionsentre. Statstilskuddet utgjorde vel 80 pst. av de samlede driftsinntektene for Kirkens SOS i 1999.

Organisasjonen Telefonkontakt mottar i 2000 973 000 kroner til arbeidet med å etablere telefonkontakttjenester lokalt. Gjennom informasjons- og opplæringsvirksomhet skal organisasjonen bidra til slik etablering og derigjennom sikre at hjemmeboende eldre og funksjonshemmede får tilbud om telefonkontakt. Statstilskuddet utgjorde nærmere 70 pst av de samlede driftsinntektene til Telefonkontakt i 1999. I tillegg mottar Telefonkontakt driftsstøtte fra Oslo Kommune.

Frelsesarmeens telefontjeneste m.v., Frelsesarmeens ettersøkelsesarbeid, og Norsk helse- og sosialforum mottok til sammen 391 000 kroner i støtte til særskilt informasjons- og opplysningsvirksomhet og kontaktskapende arbeid.

Departementet følger virksomheten gjennom årsmeldinger og regnskap.

Støtten til disse organisasjonene foreslås videreført på samme nivå i 2001.

b. Internasjonale sosiale formål

Bevilgningen brukes til deltakelse i internasjonalt samarbeid for å bedre situasjonen for eldre og funksjonshemmede.

Europarådet

Sosial- og helsedepartementet yter tilskudd til utvikling av det internasjonale samarbeidet på det sosiale området i Europarådet. Norge 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. Et prosjekt om vold og overgrep mot funksjonshemmede ble startet opp i 1999.

EØS/EU

Pga. at EU de senere år ikke har hatt langsiktige programmer når det gjelder eldre og funksjonshemmede, har samarbeidet innenfor EØS de siste par år hatt mindre omfang. Det foreligger nå forslag til et EU-program for arbeid mot diskriminering på grunnlag av bla. alder og funksjonshemning og et forslag til program for arbeid mot fattigdom/sosial eksludering. Særlig det første er relevant for politikken i forhold til eldre og funksjonshemmede. Hvis forslaget vedtas, vil det bli vurdert å legge fram en proposisjon om norsk deltakelse i dette.

Norge deltar som observatør i EU-kommisjonens rådgivende embetsmannsgruppe for spørsmål som gjelder funksjonshemmede og dens kontaktgruppe for spørsmål som gjelder eldre. FFO får tilskudd over denne posten til deltakelse i EU-landenes samarbeidsorgan for funksjonshemmedes organisasjoner, European Disability Forum. Samarbeidet gir både mulighet til å bidra til EU's tenkning omkring politikken for eldre og funksjonshemmede og mulighet til å lære av EU-landenes erfaringer.

Verdens helseorganisasjon (WHO)

Norge vil være vertskap for WHO-konferansen "Rethinking Care" i 2001. Brukernes plass i utformingen av omsorg, vil stå sentralt. I samarbeid med WHO er det nedsatt en nasjonal komite med representanter fra Sosial- og helsedepartementet og funksjonshemmedes organisasjoner. Statens råd for funksjonshemmede står for det praktiske arrangementet. Forberedelsene i 2001 vil omfatte både nasjonale møter og deltakelse i møter i WHOs ansvarlige enhet DAR. I den utstrekning det ikke dekkes av WHO, må visse utgifter som vertskap dekkes.

Kap. 0676 Kompetansesentra for funksjonshemmede

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	20 219	11 440	11 700
21	Kompetansesystem for autister	9 800	10 100	10 400
70	Kompetansesentra m.m.	45 006	48 300	95 750
	Sum kap 0676	75 025	69 840	117 850

Overført fra 1999 til 2000:
Post 01: 4 000 kroner

Medfødte og sammensatte sykdommer og tilstander med inntil 100 kjente individer pr. mill. innbyggere, gir spesielle utfordringer for det lokale hjelpeapparat. For disse gruppene er det nødvendig med nasjonale tilbud som kan gi supplement og rådgivning til det ordinære hjelpeapparat. Koordineringen av arbeidsoppgaver mellom sentrene og andre som arbeider med sjeldne diagnosegrupper ivaretas av Etat for rådssekretariater m.m., se omtalen under kap. 604

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen omfatter følgende Kompetansesentra for små og mindre kjente grupper funksjonshemmede:

- tannhelsekompetansesenter for sjeldne medisinske tilstander (TAKO). Hittil er TAKO drevet i regi av Universitetet i Oslo ved Odrotologisk fakultet, og med tilskudd fra Etat for rådssekretariater m.v. Fra 1. januar 2001 vil etaten overta driftsansvaret for TAKO
- senter for sjeldne sykdommer og syndromer (SSSS), Rikshospitalet

Formål og oppgaver

Sentrene skal bygge opp tverrfaglig kompetanse om angitte sjeldne diagnoser. Sentrene skal gi informasjon, rådgivning og veiledning til sine diagnosegrupper, pårørende og til fagpersoner i det lokale hjelpeapparat og skal omfatte hele livsløpet. Sentrenes kompetanse skal være til nytte for aktuelle instanser innen alle sektorer. I tillegg til kurs for brukerne og pårørende skal sentrene gi kurstilbud til fagpersoner.

Resultatrapportering og tilstandsvurdering

Tannhelsekompetansesenteret (TAKO) ved Det Odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo hadde i 1999 en økning i antall konsultasjoner. Brukergruppene representerte i 1999 ca. 300 ulike diagnoser og det ble gitt 1113 konsultasjoner til 774 brukere hvorav 274 nye.

Senter for sjeldne sykdommer og syndromer (SSSS), Rikshospitalet, ga i 1999 informasjon og rådgivning i forhold til 23 diagnosegrupper. I 1999 var det 680 henvendelser vedrørende 385 brukere. 52 pst. av henvendelsene kom fra brukere og pårørende. Totalt var det pr. 31. desember 1999 registrert 1132 brukere.

Det utgis oppfølgingsveiledere for hver diagnosegruppe som kan anvendes av fagpersoner på brukernes hjemsted. Det arrangeres lokale møter og kurs for å spre informasjon eller for å gi veiledning knyttet til diagnosegrupper. Senteret samarbeider med Frambu om informasjonsopphold for diagnosegruppene

Satsingsområder og mål for 2001

Virksomheten ved sentrene vil hovedsakelig videreføres på samme måte som i 1999, men med noen endringer i antall diagnosegrupper ved Senter for sjeldne sykdommer og syndromer (SSSS) som følge av Rådgivende utvalgs fordelingsvurdering mellom de landsdekkende virksomhetene. Se omtale under kap. 604, post 01. SSSS skal i 2001 ha ansvar for 17 diagnosegrupper. Kurs for gruppene skal heretter være SSSS sitt ansvar. Tidligere delte SSSS og Frambu ansvaret for 23 diagnosegrupper.

Post 21 Kompetansesystem for autisme

Programmet for utvikling av autismekompetanse ble videreført som et varig kompetansenettverk fra 1999 i et samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet. Nettverket skal gi tilbud til og tjenester til mennesker med autisme i alle deler av landet. Nettverket har en sentral faglig og administrativ enhet lagt til Universitetet i Oslo.

I løpet av 1999 og 2000 er det inngått avtaler med fagmiljøer rundt i landet, som utfra deres spisskompetanse har fått tillagt spesielle funksjoner, omtalt som knutepunkter.

Kompetansenettverket foreslås videreført med 11,9 mill. kroner. 10,4 mill. kroner foreslås dekket over Sosial- og helsedepartementets budsjett på kap. 676, post 21. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet vil innenfor eksisterende ressursramme under kap. 243 nytte inntil ett årsverk ved hvert av de seks kompetansesentrene med knutepunktfunksjoner og nytte 1,5 mill. kroner til dette kompetansenettverket.

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 kompetanseenhet for ADHD, Tourette syndrom og narkolepsi, og andre kompetanseutviklingstiltak som styrking av syndromdiagnostikk og felles informasjon om sjeldne tilstander. Den skal også dekke videreutvikling av et kompetanse-/samhandlingsnettverk for formidling av datatekniske hjelpemidler med bakgrunn i prosjektet Nord-Norsk IT-enhet (NONITE), og fullføringen av utprøvingen av ordningen med funksjonsassistenter til sterkt bevegelseshemmede som ønsker å være yrkesaktive.

46 mill. kroner til Landsbystiftelsen, foreslås overført fra kap. 2711, post 74 til kap. 676, post 70.

Resultatrapport og tilstandsvurdering

a) Frambu

Frambu har ansvar for 41 diagnosegrupper. I 1999 er det gitt informasjonsopphold til 22 sjeldne diagnosegrupper. I tillegg har det vært arrangert tre helseleire for barn og unge med i alt 121 deltakere, og et opphold for fremmedspråklige med deltakelse fra 8 familier. Smågruppesenteret på Rikshospitalet og Institutt for blødere samarbeider med Frambu om informasjonsopphold. I 1999 deltok 451 personer med sjeldne diagnoser på opphold. Til sammen var det 1095 deltakere, inklusiv foreldre og søsken. 22 fagseminarer med til sammen 778 deltagere er avholdt i 1999. Det har vært 994 henvendelser om informasjonsmateriell, 30 pst. av henvendelsene fra private, 30 pst. fra helsetjenesten, 26 pst. fra skole, barnehage og PPT.

b) Institutt for blødere (IFB)

IFB ga i 1999 tilbud til blødere og samarbeidet med TAKO-senteret om sosialmedisinsk oppfølging av meget sjeldne tilstander. I 1999 har 13 meget sjeldne diagnoser fått tilbud. Det var registrert 1008 personer med arvelige blødersykdommer ved utgangen av 1999. Totalt 296 personer med blødersykdom og 149 pårørende har vært på IFB til konsultasjoner i 1999. Totalt var det 39 personer med andre meget sjeldne tilstander og 44 pårørende på IFB til konsultasjoner. Det var 201 henvendelser knyttet til de meget sjeldne diagnosene, 77pst fra brukere og pårørende, 28 pst fra fagfolk. Når det gjelder henvendelser om blødersykdommer kom 70 pst fra brukere og pårørende, 23 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

Kompetanseenheten skal samle, utvikle og spre kompetanse om utredning, opplæring og behandling av diagnosegruppene. Enheten er samfinansiert med Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og har hittil vært faglig og administrativt underlagt Styret for statlige spesialpedagogiske kompetansesentra. I 1999 pågikk det et arbeid for å forankre enheten i et medisinsk fagmiljø. Dette arbeidet ble ikke avsluttet. Kompetanseenheten for AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi er i 2000 samlokalisert med Etat for rådssekretariater. Enheten har arrangert kurs og konferanser for fagpersonalet, gitt veiledning i enkeltsaker og utgitt skriftlig informasjonsmateriell. Henvendelser til kompetanseenheten har vært noe lavere i 1999 enn i 1998 på grunn av manglende bemanning. Totalt er det behandlet 1147 henvendelser hvorav 60 pst fra fagfolk og 22 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

Prosjektet NONITE ble etablert i 1994 under handlingsplanen for funksjonshemmede. NONITE har bidratt til å utvikle et samhandlingsnettverk mellom Hjelpemiddelsentralene, habiliteringstjenester og det spesialpedagogiske støttesystem knyttet til IT-hjelpemidler for funksjonshemmede barn i Nord-Norge. En bredt sammensatt arbeidsgruppe på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet har vurdert prosjektet og mener erfaringene med samhandlingsnettverket er positive.

f) Funksjonsassistenter

Ordningen med funksjonsassistenter ble startet i 1997 som et treårig forsøk. For å få mulighet til å evaluere ordningen i drift over noe tid, samt å vurdere eventuelle videreføring er ordningen forlenget med to år. Målet er å øke andelene arbeidstakere med bevegelseshemninger i ordinært arbeid. Funksjonsassistenten skal gi praktisk bistand i arbeidstiden. Det ble bevilget 2 mill. kroner til tiltaket i 2000. Det er 19 deltakere i fra 20 til 100 prosents stilling. Av disse er 8 arbeidstakere i offentlig virksomhet og 11 i private bedrifter. Funksjonsassistentene har fra 25 til 60 prosents stilling. I alt 38 personer står på venteliste for å komme med i forsøket.

Satsingsområder og mål for 2001

a) og b) Frambu og Institutt for blødere (IFB).

Virksomheten ved Frambu og IFB vil fortsette som i 1999, men med de mulige endringene som følger av Rådgivende utvalgs fordelingsvurdering mellom de landsdekkende virksomhetene (se omtale under kap 604, post 01).

c) Diverse kompetanseutviklingstiltak

Kompetanseenheten for AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi ble etablert som permanent ordning fra 1. januar 1999. Inntil nærmere avklaring er kompetanseenheten fortsatt plassert ved Torshov kompetansesenter og administrativt underlagt styret for spesialpedagogiske kompetansesentra. Man ønsker fortrinnsvis en tilknytning til et medisinsk fagmiljø og det arbeides i samarbeid med Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet om en endelig plassering av kompetanseenheten. Arbeidet ventes avsluttet i løpet av 1999.

d) NONITE

På bakgrunn av arbeidsgruppens rapport og høringssvar, videreutvikles samhandlingsnettverket mellom Hjelpemiddelsentralene, Habiliteringstjenesten og det spesialpedagogiske støttesystem. Målgruppen utvides til også å omfatte voksne. Erfaringene med prosjektet NONITE tilsier at samhandlingsnettverket gradvis utvides til også å omfatte de øvrige fylkene. Det videre utvikling av nettverket vurderes forankret i Rikstrygdeverket og videreføres innenfor eksisterende rammer.

e) Funksjonsassistenter

Departementet skal sammen med arbeidslivets parter og representanter for brukerne av ordningen med funksjonsassistenter fremme forslag til hvordan denne ordningen kan organiseres fra 2002.

f) Tilskudd til Landsbystiftelsen

Landsbystiftelsens institusjoner er nå regulert av egen forskrift hjemlet i sykehusloven. Sykehusloven skal etter planen oppheves fra 2001. Midlene til finansiering av Landsbystiftelsen foreslås derfor overført fra kap. 2711, post 74, Tilskudd til Glittreklinikken m. fl., til kap. 676, post 70, Kompetansesentra mm, på statsbudsjettet.

Stortinget har fattet følgende romertallsvedtak i forbindelse med statsbudsjettet for 1999:

> «"Stortinget ber Regjeringen vurdere om det ikke er rimelig med en viss tilnærming i det offentliges tilskudd til driften av Landsbystiftelsens steder og tilsvarende offentlige tiltak."»

Dagens finansieringsopplegg er i utgangspunktet fullfinansiert over Trygdebudsjettet. På bakgrunn av de nevnte endringer i hjemmelsgrunnlaget, og fordi de aller fleste beboerne er psykisk utviklingshemmede, foreslås at tilskuddet til Landsbystiftelsens institusjoner i 2001 videreført under kap. 676, post 70. De nevnte endringer reiser imidlertid flere spørsmål av økonomisk, administrativ og rettslig art som departementet nå arbeider med. Det gjelder bl.a. spørsmålet om kommunenes ansvar i forhold til gruppen av psykisk utviklingshemmede som er beboere i Landsbystiftelsens institusjoner. Videre er dagens situasjon at disse beboerne ikke teller med i gruppen som inngår i fordelingskriteriene i inntektssystemet. Departementet tar sikte på å legge fram et forslag til opplegg i forbindelse med RNB 2001 og som gis virkning fra budsjettåret 2002.

Sosial- og helsedepartementet stiller midlene til rådighet for Landsbystiftelsen som fordeler midlene til samtlige landsbyer. Plassene brukes etter avtale mellom kommunene og landsbyene.

Følgende institusjoner omfattes av tilskuddsordningen:

- Almgrenda landsby, Buskerud
- Vidaråsen landsby, Vestfold
- Hogganvik landsby, Rogaland
- Jøssåsen landsby, Sør-Trøndelag
- Kristoffertunet, Sør-Trøndelag
- Solberg, Oppland
- Vallersund landsby, Sør-Trøndelag
- Ølen safteri, Hordaland

Det fremmes forslag om at det overføres i alt 46 mill. kroner fra kap. 2711, post 74, Tilskudd til Glitreklinikken m.fl. til kap. 676, post 70, til dekning av utgifter knyttet til tilskudd til Landsbystiftelsen.

Programområde 10 Helsevern
Programkategori 10.00 Helsetilsyn m.m.

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på kapitler:

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001	Pst. endr. 00/01
0700	Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 3700)	231 048	220 050	234 100	6,4
0701	Forskning og forsøksvirksomhet	95 249	139 400	164 800	18,2
0702	Nemnd for bioteknologi	5 738	5 670	5 820	2,6
0703	Helsetjenesten for innsatte i fengsel	72 515	66 650	68 770	3,2
0704	Giftinformasjonssentralen (jf. kap. 3704)	9 485	9 570	12 000	25,4
0705	Kursvirksomhet og stipendier	113 734	127 400	133 500	4,8
	Sum kategori 10.00	527 769	568 740	618 990	8,8

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på postgrupper:

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001	Pst. endr. 00/01
01-23	Statens egne driftsutgifter	343 474	354 770	395 090	11,4
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	561	470	500	6,4
50-59	Overføringer til andre statsregnskap		25 000	28 800	15,2
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	168 073	175 600	180 600	2,8
70-89	Andre overføringer	15 661	12 900	14 000	8,5
	Sum kategori 10.00	527 769	568 740	618 990	8,8

Kap. 0700 Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 3700)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	230 487	219 580	233 600
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	561	470	500
	Sum kap 0700	231 048	220 050	234 100

Det er overført fra 1999 til 2000:
Post 01: 2 160 000 kroner
Post 45: 7 000 kroner

Formål og hovedprioriteringer

Oppgavene for Statens helsetilsyn og fylkeslegene (etaten) er gitt i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten, annen helselovgivning og styringsdokumenter fra departementet.

Visjon:

Tilsyn og rådgivning for trygg helsetjeneste

Hovedmål 1: En helsetjeneste som fungerer i tråd med nasjonale helsepolitiske mål og som etterlever myndighetenes krav.

Virkemidler:
1. Tilsyn
   a) Overordnet faglig tilsyn
   b) Tilsyn med virksomheter
   c) Tilsyn med helsepersonell

2. Rådgivning
   a) Bidra til iverksetting av politisk bestemte handlingsplaner og prosjekter
   b) Rådgivning overfor lokale myndigheter, helsetjenesten, helsepersonell og befolkningen

3. Øvrige forvaltningsoppgaver
   a) Løpende forvaltning av lover og forskrifter
   b) Andre delegerte oppgaver

Hovedmål 2: Et faglig grunnlag for utviklingen av den nasjonale helsepolitikken.

Virkemidler:
1. Rådgivning
   a) Utredning og rådgivning overfor Sosial- og helsedepartementet og andre sentrale myndigheter

2. Øvrige forvaltningsoppgaver
   a) Regelverksutvikling

Etaten har tilsyn, rådgivningsvirksomhet og regelverksutvikling som hovedprioritet. Etatens handlingsplan for perioden 1999-2001 er i samsvar med dette. Spesielt tilsynsfunksjonen vil bli vektlagt.

Resultatrapport 1999

Hovedlinjer

Områdene tilsyn, rådgivning og regelverksutvikling er gitt større vekt, og fylkeslegenes tilsyn med virksomhetene i helsetjenesten er øket. Smittevern i sykehus, miljørettet helsevern i skoler og barnehager, helsetjenester for eldre og kapasitets- og driftsforhold ved somatiske sykehus har hatt særlig fokus. Antallet klage- og tilsynssaker økte, men slike saker avspeiler i liten grad forholdene i helsetjenesten.

Hovedmål 1: En helsetjeneste som fungerer i tråd med nasjonale helsepolitiske mål og som etterlever myndighetenes krav

Tilsyn

I 1999 utførte fylkeslegene 217 tilsyn i form av *systemrevisjone*r av helsetjenestens internkontroll. Systemrevisjonene omfattet ca. 115 kommuner og ca. 45 sykehus. Helsetilsynet utførte 46 tilsyn på apotek- og legemiddelområdet, mot 50 planlagte. Smittevern i sykehus og miljørettet helsevern i skoler og barnehager var felles tilsynsområder. Fylkeslegenes tilsyn med smittevern i 39 sykehus viste mangler ved infeksjonskontrollprogrammene og at internkontrollsystemet fortsatt ikke fungerte tilfredsstillende ved en del sykehus. Mange sykehus har ikke skriftlige retningslinjer og gode rutiner for å forebygge antibiotikaresistens, og ikke tilfredsstillende isolasjonsmuligheter. Håndhygiene, som er et av de viktigste enkelttiltak for å forebygge kryssinfeksjoner blant pasienter og personale, blir ikke tatt alvorlig nok. Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.m. trådte i kraft 1. desember 1995. Skolene og barnehagene skulle være godkjent innen 31. desember 1998. Tilsyn med 58 kommuner viser utilstrekkelig fremdrift og system for kommunenes eget tilsyn. De fleste kommuner er nå likevel langt inni i prosessen med å godkjenne skoler og barnehager. I 1999 ble det gitt varsel om påbud i tilknytning til 5 tilsynssaker, og det ble gitt *påbud* til 77 kommuner i forbindelse med helsetjenestens beredskap mot svikt i forbindelse med tusenårsskiftet.

Kartleggingen av kapasitets- og driftsforhold ved landets somatiske sykehus er ført videre. Sykehusene har til dels store kapasitetsproblemer, som ikke ser ut til å bli løst raskt, jf. rapportene "Kapasitet og ventetid ved sykehus" og "Korridorpasienter i norske sykehus 1999". Det er iverksatt

en kartlegging av kapasitet og ventetid for strålebehandling ved regionsykehusene.

Tilsyn med *helsetjenestens og vannverkenes beredskap i forhold til overgangen til år 2000* var tidkrevende. Arbeidet bidro til å styrke beredskapsarbeidet generelt i helsetjenesten og i vannforsyningen.

Fylkeslegene ferdigbehandlet ca 1.775 *klage- og tilsynssaker* i 1999, mot ca. 1.500 året før. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var 5,7 måneder (mål 5 md), median ca. 4,3 måneder. Helsetilsynet ferdigbehandlet 250 klage- og tilsynssaker mot helsepersonell i 1999, mot 233 i 1998. Antall nye saker var 350 mot 269 i 1998. I 1999 ble noe over halvdelen av sakene avgjort med en eller flere reaksjoner mot helsepersonell eller virksomhet. Den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden var 7,8 måneder (mål 6 md), median ca 6 måneder. Prosjektet om *utvikling av metodikk for individtilsyn* ble videreført, med fokus på likt tilsyn i hele landet, rettssikkerhet og rask saksbehandling, og skal avsluttes i løpet av 2000.

Helsetilsynet har ført tilsyn med de tre tekniske kontrollorgan for medisinsk utstyr, og mottok, som del av internasjonalt samarbeid, ca 170 meldinger om svikt i medisinsk utstyr.

Rådgivning overfor lokale myndigheter, helsetjenesten, helsepersonell og befolkningen

Et fire-årig rådgivningsprosjekt som skal avklare etatens rådgivningsoppgaver i forhold til tilsynsoppgavene, ble etablert i 1999.

Helsetilsynet har utgitt en video om habilitering og rehabilitering i kommunehelsetjenesten, veiledere om hørselstap og synstap og veileder om lungesykdommer. Veileder om progredierende nevrologiske lidelser er under arbeid.

For videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten er veilederen fulgt opp og arbeidet med utredninger, rundskriv og forsøk med ressurshelsestasjoner startet opp.

Det er gjennomført en undersøkelse ved landets sykehus for å kartlegge hvordan arbeidsgivere sikrer at utenlandske leger har nødvendig faglig og språklig kompetanse. Etaten har bistått departementet i utredning av turnustjeneste for leger.

Veileder for antibiotikabruk i allmennpraksis er utgitt.

Arbeidet med å etablere kliniske kvalitetsregistre innenfor en rekke fagområder ved sykehusene er startet i samarbeid mellom SHD, KS, Legeforeningen og fagmiljøene.

Materiellberedskapsprosjektets analysedel er ferdigstilt i 1999. Arbeidet med å vurdere på ny et eget statlig beredskapslager for legemidler pågår.

Bidra til iverksetting av politisk bestemte handlingsplaner og prosjekter

Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten er gjennomført. Prosjekt om kvalitetsforbedring i psykiatriske helsetjenester er ferdigstilt. Nasjonal strategi evalueres i 2000.

Opptrappingsplanen for psykisk helse er fulgt opp bl.a. med utredninger og prosjekter knyttet til dimensjonering og faglig innhold i den spesialiserte helsetjenesten, vurdering av kommunale planer og rådgivning til kommunene. Omfanget av videreutdanning innen tjenester til mennesker med psykiske lidelser er økt. Helsetilsynet har utarbeidet plan for forbedring av tilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser.

Nasjonalt geriatriprogram er avsluttet. Geriatrisk team finnes nå i 18 fylker. Videreutdanningstilbud i aldring og eldreomsorg er styrket. Fylkeslegene følger opp kommunenes gjennomføring av Handlingsplan for eldreomsorg i samarbeid med fylkesmennene.

Handlingsplan mot uønskede svangerskap og abort er gjennomført med et bredt spekter av tiltak, særlig rettet mot helsepersonell, ungdom og funksjonshemmede.

Handlingsplanene mot selvmord og aksjonsprogrammet for barn og helse er begge avsluttet med gode resultater. Arbeidet med å utforme innholdet i forebyggingsrådgiverstillingene ved fylkeslegeetaten har startet opp.

Etaten har bidratt i gjennomføringen av handlingsplaner for helse- og sosialpersonell, for miljø og helse, mot hiv/aids, mot antibiotikaresistens, forebygging av astma, allergi og inneklimasykdommer og forebygging av ulykker.

Løpende forvaltning av lover og forskrifter, øvrige delegerte oppgaver

Av etatens ca. 185.000 journalførte dokumenter gjelder over halvparten forvaltningsoppgaver som ikke er tilsyn. De mest arbeidskrevende er

- godkjenning av helsepersonell: 8.999 nye helsepersonell er gitt godkjenning/autorisasjon, 2.071 er gitt midlertidig lisens, 1.875 er fordelt til turnustjeneste.
- helsekrav til førerkort: 8.555 saker, herav 3.674 dispensasjonssaker med 24 pst. avslag.

- billighetserstatning: 256 saker forberedt for Justisdepartementet, anbefalt erstatning i 16 pst.
- særfradrag for sykdomsutgifter: 375 saker, 78 pst. avslag
- tvangsmedisinering: 685 saker, 12 pst. avslag
- register over legemiddelbrukere som er avhengig av vanedannende legemidler: 1.135 nye registrert

Hovedmål 2: Et faglig grunnlag for utviklingen av den nasjonale helsepolitikken

Utredning og rådgivning overfor Sosial- og helsedepartementet og andre sentrale myndigheter

Etaten har bistått departementet med forberedelse av fastlegeordningen bl.a. gjennom registrering av legeoppgaver og -dekning.

Helsetilsynet har laget faglige tilrådinger innen prioriterte områder til bruk i arbeidet med regionale helseplaner. Etaten deltar i vurderingen av planene.

Det er ferdigstilt utredning om utdanning av tannlegspesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentra.

Helsetilsynet har gjennomført kartlegging av legetjenester i sykehjem, og bidrar i oppfølgingen av funksjonsanalysen av fremtidens sykehjem.

Helsetilsynet har kartlagt spesialisthelsetjenestetilbudet til utviklingshemmede med store adferdsproblemer og/eller psykiske lidelser og følger dette videre opp i 2000.

Handlingsplan for sikrere legemiddelbruk og -håndtering er igangsatt.

Regelverksutvikling

Helsetilsynet har bidratt til en lang rekke forskrifter til de nye helselovene og forskrifter bl.a. om pasientjournaler, helseinstitusjoners plikt til å ta imot turnuskandidater, miljørettet helsevern, legemiddelforsyningen i sykehus og i den kommunale helsetjeneste, in vitro diagnostisk medisinsk utstyr, medisinsk utstyr med innhold av humane celler eller vev, og en omfattende gjennomgang av regelverket for petroleumsvirksomheten.

Helsetilsynet har i samarbeid med fagrådet for bioteknologi bistått departementet med evaluering av bioteknologiloven.

Tilstandsvurdering

Helsetilsynets og fylkeslegenes tilstandsvurdering bygger på en overordnet vurdering av informasjon fra ulike tilsynsaktiviteter og fra rådgivningsarbeidet.

Kapasitet

Aldri har det vært behandlet så mange pasienter ved norske sykehus som nå. Likevel er det kapasitetsproblemer med lange ventetider, overbelegg og korridorpasienter på flere områder. Fokus har vært rettet mot den økonomiske situasjonen ved de store sykehusene og regionsykehusene. Kapasitetsproblemene i primærhelsetjenesten skyldes hovedsakelig personellmangel og rammer bl. a sykehjemmene, jf. nedenfor.

I Helsetilsynets Tilsynsmelding 1999 er det påvist at 80 pst. av de indremedisinske avdelingene har korridorpasienter regelmessig og at de samme sykehusene som hadde overbelegg tidligere, har videreført denne praksisen.

Helsepersonell

Gjennom flere år har det vært et økende antall utførte årsverk og samtidig flere ledige stillinger i den offentlige helsetjenesten.

Tilgangen av primærleger til fastlegeordningen som skal innføres 1. juni 2001, synes problematisk i deler av landet. Fylkeslegene varsler også om sykepleiermangel og rekrutteringsvansker til pleie- og omsorgstjenesten. Fortsatt er det en stor andel ufaglærte i pleie- og omsorgstjenesten. Spesialisthelsetjenesten har problemer med å rekruttere kvalifisert personell innen flere spesialiteter, særlig psykiatri og geriatri, men her er det store geografiske forskjeller hvor Nord-Norge er særlig utsatt. Det er en økende bruk av utenlandsk helsepersonell, og fylkeslegene har registrert enkelte problemer med bakgrunn i språk og faglig orientering.

Prioritering

Både i Norge og internasjonalt er det eksempler på at like tilstander behandles ulikt, og at det er uenighet om hva som er riktig behandling. Det er derfor behov for å definere hvilke krav som skal stilles ved utforming av faglige retningslinjer, og hva som er hensiktsmessig standard i prioriteringssammenheng, slik at de faglig aksepterte retningslinjene blir gjort kjent og etterlevd i helsetjenesten.

Kvalitetsutvikling

Fylkeslegenes tilsynsaktiviteter avdekker at det ennå er manglende systematikk i virksomhetenes kvalitetsarbeid. En viktig rettesnor for det fortsatte arbeidet vil være forskrift om internkontroll i helsetjenesten.

I samarbeid med fagmiljøene pågår det et arbeid for å utvikle kvalitetsindikatorer for helsetjenesten som kan gi grunnlag for evaluering, og som vil være viktige for oppfølging gjennom tilsynet.

Samhandling og samordning

Samhandlingen mellom primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og andre aktører i helse- og sosialtjenesten fungerer ikke godt nok. Den sentrale problemstillingen er hvordan befolkningens sykdomsprofil og et helhetlig menneskesyn ivaretas i planlegging, utbygging, organisering og drift av en helsetjeneste som er stadig mer spesialisert.

Helsetjenester for eldre

Fylkeslegenes årsrapporter for 1999 melder om særlig stor satsing i kommunene på å bygge nye omsorgsboliger for eldre. Flere fylkesleger melder at kommunene ikke vet om de grunnleggende behov blir dekket hos de eldre brukerne, og at kvaliteten på mange av tjenestene i dag ikke er tilfredsstillende.

Helsetilsynet har i 1999 foretatt en kartlegging av helsetjenesten i sykehjem som konkluderer med at hvert tredje sykehjem sliter med ustabilt og ufaglært pleiepersonell samt at den medisinske utstyrsmengden gjennomgående er svært beskjeden. Legedekningen i sykehjemmene varierer i nedre del av skalaen for behov.

Psykisk helse

I løpet av 1999 er det satt i gang mange prosjekter med statlig støtte rundt om i landet til personer med spiseforstyrrelser. Dette gjelder både utvikling av lavterskeltilbud på kommunenivå og modell- og nettverksutvikling innen spesialisthelsetjenesten i samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Våren 2000 har det blitt satt fokus på oppfølgingen av og tiltak overfor psykiatriske pasienter med farlighetsproblematikk. De tilbakemeldingene sentrale myndigheter foreløpig har fått, er at rutiner og prosedyrer i forbindelse med utskrivning av psykiatriske pasienter med farlighetsproblematikk fra regionale/fylkeskommunale sikkerhetsavdelinger er ivaretatt, mens kommuner og bydeler sliter med manglende bo- og tjenestetilbud til pasientgruppen. Det dreier seg her om blant annet personer med doble diagnoser (rus og psykiatri) og alvorlige personlighetsforstyrrelser.

Satsingsområder for 2001

En helsetjeneste som fungerer i tråd med nasjonale helsepolitiske mål og som etterlever myndighetenes krav

Tilsyn, rådgivning og regelverksutvikling

Det overordnede faglige tilsynet vil bli styrket. Grunnlaget for dette er lagt i 2000 ved at etaten har organisert sin kompetanse på sammenstilling, analyse og tolkning av data om helseforhold og helsetjeneste.

Helsetilsynet og fylkeslegene vil fortsette å overvåke omfanget av korridorpasienter i norske sykehus samt følge opp rapporten om ventetid og kapasitet for strålebehandling. Det vil bli utviklet planer for tilsyn med utskrivningspraksis for ferdigbehandlede pasienter både i somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, praktiseringen av spesialisthelsetjenestens veiledningsansvar overfor kommunehelsetjenesten samt praktiseringen av tannhelsetilbud til prioriterte befolkningsgrupper etter tannhelsetjenesteloven.

Fylkeslegene vil ha helsetjenester til aldersdemente og fengselshelsetjenesten som felles tilsynsområder i 2001. Etaten vil formidle erfaringene fra tilsynet både gjennom enkeltrapporter på Internett og gjennom en samlet rapport for hvert felles tilsynsområde.

Helsetilsynet tar sikte på å gjennomføre felles kartlegginger av

- kommunal betalingsplikt for ferdigbehandlede pasienter
- spesialisthelsetjenestens veiledningsoppgaver overfor kommunehelsetjenesten
- korridorpasienter/overbelegg
- kreftpasienter/kapasitet innen strålebehandling

På bakgrunn av Riksrevisjonens rapport om klagesaksbehandlingen, har departementet bedt Helsetilsynet gjøre fylkeslegene oppmerksomme på at det i deres vedtak alltid skal opplyses om klageadgang til Helsetilsynet. Ressurssituasjonen ved fylkeslegekontoret i Oslo er vurdert, og saksbehandlingstiden hos fylkeslegene og Helsetil-

synet er drøftet og vurdert i forhold til det pågående klagesaksprosjektet. Etableringen av Statens helsepersonellnemnd er startet, jf. omtale under kap. 701. Med hensyn til Riksrevisjonens kritikk i forhold til ulik skjønnsutøvelse, er det satt i verk tiltak for å sikre at tilsyn utløst av enkelthendelser og klager, skal utøves likt i hele landet. Helsetilsynet og fylkeslegene skal sikre effektiv saksbehandling, 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 180 ved utgangen av 2001. Helsetilsynet skal påse at det ikke er store variasjoner i gjennomsnittlig saksbehandlingstid mellom fylkeslegene.

Flere nye helselover stiller krav om utarbeidelse av individuelle behandlingsplaner for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. I 2001 vil Helsetilsynet og fylkeslegene legge vekt på rådgivning om innholdet i disse bestemmelsene med sikte på senere tilsyn. Helsetilsynet vil spesielt overvåke situasjonen innen kreftbehandling og psykiatri.

Helsetilsynet skal følge opp og videreføre satsingen i handlingsplan for eldre og nasjonalt geriatriprogram gjennom tilsyn og rådgivning overfor både kommunehelsetjenesten og fylkeshelsetjenesten. Helsetilsynet skal utarbeide en veileder om helsetjenesten for eldre der tilbudet til senil demente også vil bli omtalt.

Helsepersonell

Helsetilsynet og fylkeslegene vil bidra til å styrke rekrutteringen til allmennlegetjenesten ved å arrangere et veiledningsprogram for turnusleger i de deler av landet der det er svikt i allmennlegedekningen.

Kvalitet

Helsetilsynet skal fortsatt bidra til at indikatorer for kvalitet utvikles av fagmiljøene og tas i bruk i helsetjenesten. Helsetilsynet skal også bidra til at det utvikles kvalitetsregistre innen utvalgte fagområder.

Departementet har gitt Helsetilsynet i oppdrag å etablere et program for kliniske veiledere for primærlegetjenesten.

Helsemessig beredskap

Etaten skal spre kunnskap om ny lov om helsemessig og sosial beredskap, spesielt i forhold til krav om planlegging og internkontroll for beredskapsarbeidet. Det pågående arbeidet med å gå gjennom omfang og innhold i et fremtidig statlig beredskapslager for legemidler, vil bli sluttført.

Handlingsplaner og prosjekter

Etaten fortsetter sitt arbeid med gjennomføringen av opptrappingsplanen for psykisk helse. Innen utgangen av 2000 vil alle fylkeskommunene ha godkjente planer, og man vil i løpet av året oppnå oversikt over utbyggingsgraden og de gjenstående behovene i det enkelte fylke. Etterspørselen etter kompetansehevende tiltak i kommunene vil være økende særlig hva gjelder forebyggende psykososialt arbeid blant barn og unge. Videreutvikling av helsestasjon- og skolehelsetjenesten vil være et viktig ledd i dette arbeidet. Likeså oppfølging av Handlingsplanen for forebygging av uønskede svangerskap og abort som delvis er forankret i Helsetilsynet, samt utarbeide veileder for svangerskapsomsorgen.

Handlingsplanen mot selvmord følges opp med et 3-årig prosjekt som Helsetilsynet har ansvaret for.

Helsetilsynet skal bistå departementet i oppfølging av den kartlegging som er gjort vedrørende spesialisthelsetjenestens tilbud til utviklingshemmede med store adferdsproblemer og/eller psykiske lidelser.

Kvalitetsrådgiverprogrammet for kommunehelsetjenesten skal videreføres som planlagt.

Helsetilsynet og fylkeslegene skal bista i gjennomføringen av handlingsplaner for helse- og sosialpersonell.

Helsetilsynet skal bistå departementet i oppfølgingen av NOU 1999:13 om kvinners helse i Norge.

Helsetilsynet skal også bistå departementet med oppfølging av evaluering av Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling.

Handlingsplanen mot HIV/AIDS-epidemien (1996-2000) er prolongert ut 2001. Helsetilsynet skal sammen med Folkehelsa bistå departementet med utviklingen av strategi for forebyggende arbeid mot HIV-epidemien fra 2002.

Et faglig grunnlag for utviklingen av den nasjonale helsepolitikken

Tilsyn og rådgivning

Helsetilsynet og fylkeslegene skal bistå departementet med overvåkning og vurdering av primærlegedekningen i forbindelse med innføring av

fastlegeordningen. Fylkeslegene skal spesielt følge opp de kommunene som har manglende legedekning, og være rådgivere overfor kommunene i forbindelse med innføring av reformen.

Etaten vil satse på rådgivning til helsetjenesten, organisasjonene og andre samarbeidspartnere om et bredt anlagt forebyggingsarbeid med vekt på kosthold, mosjon og røykfrihet samt helse og livskvalitet for barn og unge.

Forvaltningsoppgaver

Helsetilsynet skal etablere Statens autorisasjonskontor for helsepersonell slik at det kan løse de oppgaver som bl.a. helsepersonelloven pålegger. Kontorets oppgave vil være å behandle anslagsvis 25.000 saker om autorisasjon, lisens og turnustjeneste for helsepersonell fra Norge og utlandet. Det er i dag en sterk vekst i antall saker. Saksmengden vil øke ytterligere som følge av de 11 nye gruppene av personell som nå skal godkjennes som helsepersonell. Innen de 11 nye helsepersonellgruppene anslås ca. 3000 ordinært nyutdannede i 2001. I tillegg skal anslagsvis 30000 som allerede arbeider i disse gruppene autoriseres i løpet av fem år, og det anslås 8000 slike saker i 2001. For de helsepersonellgruppene som til nå har hatt autorisasjon og godkjenning forventes minst 9000 autorisasjoner, ca. 2000 lisenser og fordeling av ca. 1900 til turnustjeneste.

Merknader til budsjettforslaget for 2001

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen foreslås øket med 7,4 mill. kr. I dette ligger merutgifter (leie) til Statens hus (0,7 mill. kr), Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (12,7 mill. kr) og en foreløpig reduksjon av rammen, p.g.a utflytting av oppgaver til en ny legemiddeletat, på 6 mill. kr.

Statens autorisasjonskontor foreslås gitt en driftsramme på 16,7 mill. kr, hvorav 4 mill. kr omdisponeres fra andre avdelinger i Helsetilsynet/Fylkeslegen i Oslo. Av det resterende beløp på 12,7 mill. kr vil 10 mill. kr bli dekket gjennom forslaget om innføring av et gebyr ved utstedelse av autorisasjon, se kap. 3700.

Som følge av omorganiseringen av den statlige legemiddelforvaltning, vil hovedtyngden av Helsetilsynets avdeling for apotek og legemidler bli overført til en ny legemiddeletat, jf. Innst. S. nr. 220 (1999-2000). De endelige budsjettmessige konsekvenser vil bli gitt i et tilleggsnummer.

Antall årsverk var 479 pr. 1. mars 1999 og 489,6 pr. 1. mars 2000 i følge det sentrale tjenestemannsregisteret.

Kap. 3700 Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 700)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
02	Gebyrinntekter m.v.	1 782		10 000
03	Refusjon fra NORAD	1 116		
04	Diverse inntekter	14 552		
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	95		
16	Refusjon fødselspenger	1 472		
17	Refusjon lærlinger	149		
70	Refusjon av kontrollutgifter	979	770	793
	Sum kap 3700	20 145	770	10 793

Post 02 Gebyrinntekter

Inntekter knyttet til innkreving av gebyr ved autorisasjon av helsepersonell er anslått til 10 mill. kr. Inntektene gir delvis finansiering av det nye Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Inntekter utover 10 mill. kr forutsettes å gi grunnlag for tilsvarende økning i driftsutgiftene. Grunnlaget for dette inntektsanslaget er 23.000 autorisasjoner og lisenser i 2001 og samme gebyrsats for autorisasjon og lisens med 420 kroner, men 840 kroner for autorisasjon av personell som

har gjennomført turnustjeneste. Unntak fra gebyrplikten vil gjelde for student- og turnuslisens og de tilfeller der det vil bryte med internasjonale forpliktelser å ta gebyr. I Sverige praktiseres tilsvarende gebyr med hhv. 1500 og 475 svenske kroner, i Danmark er de fleste godkjenninger gebyrlagt fra 270 til 3200 danske kroner, og i Finland er tilsvarende gebyr fra 130 til 400 finske mark.

Post 03 Refusjon fra Norad

I forbindelse med de avtaler Direktoratet for utviklingshjelp (NORAD) har med bistandsland om gjennomføringen av forskjellige bistandstiltak, har NORAD behov for sakkyndig bistand innen helsesektoren og tilhørende fagområder. Helsetilsynet stiller den nødvendige sakkyndige bistand til disposisjon.

Post 04 Diverse inntekter

Posten gjelder kurs m.v. som fylkeslegene arrangerer for helsepersonell i kommuner og som dekkes av de berørte kommuner.

Post 70 Refusjon av kontrollutgifter

Posten omfatter inntekter ved kontroll av anlegg m.v. på kontinentalsokkelen, som rettighetshaverne (operatørselskapene m.fl.) skal innbetale m.v. Det vil fortsatt bli gitt fullmakt til å øke utgiftene mot tilsvarende merinntekter.

Kap. 0701 Forskning og forsøksvirksomhet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
21	Spesielle driftsutgifter	95 249	114 400	136 000
50	Norges forskningsråd		25 000	28 800
	Sum kap 0701	95 249	139 400	164 800

Overført fra 1999 til 2000:
Post 21: 1 760 000 kroner

Post 21 Spesielle driftsutgifter

For 2000 fordeles bevilgningene på følgende tiltak:

1. Statens helsepersonellnemnd
2. Henvisningsprosjektet
3. Tiltak innen kvalitetsutvikling.
4. Planlegging og forberedelse av fastlegereformen.
5. Utviklingstiltak innen primærhelsetjenesten.
6. Utvikling av tannhelsetjenesten.
7. Oppfølging av plan for helse- og sosialtjenesten for den samiske befolkningen.
8. Spesialisthelsetjeneste i samiske områder.
9. Utredninger, statistikk m.v. på legemiddelområdet.
10. Blodtrykksprosjektet.
11. Innovasjonsbistand til Helseregion midt-Norge.
12. Tilskudd til Senter for helseadministrasjon.
13. Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene.
14. Førstehjelpsprosjektet.
15. Informasjon om helsereformer.
16. Tidsskriftet Liv og Helse.
17. Statistikkutvikling innenfor handlingsplan for helse- og omsorgspersonell.
18. Oppfølging av Handlingsplanen for IT i helsesektoren
19. Oppfølging av utredning om alternativ medisin.
20. 400-årsjubileum for det offentlige helsevesen i 2003

Statens helsepersonellnemnd

Statens helsepersonellnemnd skal være på plass når ny lov om helsepersonell trer i kraft 1. januar 2001. I ny apoteklov er det også vedtatt at nemnda skal behandle klagesaker etter visse kapitler i apotekloven, herunder forvaltning av driftskonsesjoner (fagkonsesjoner) i det nye apoteksystemet. Det vises også til omtale i RNB 2000. Trygderetten kan stille til disposisjon tilfredsstillende kontorer for sekretariatet og møterom for nemnda.

For at nemnda med sekretariat skal være i drift fra 1. januar 2001, må det i løpet av høsten 2000 settes i stand lokaler og nødvendig utstyr må

kjøpes inn. Videre må det oppnevnes leder for nemnda samt leder og juridiske saksbehandlere på full tid i sekretariatet for nemnda. Det vil være aktuelt å starte med 4 ansatte i sekretariatet inntil man ser hvor stor saksmengden blir. Arkiv/resepsjon og andre støttetjenester vil deles med Trygderetten. Til disse funksjonene foreslås en styrking tilsvarende 2 stillinger. I 2001 skal det i tillegg oppnevnes seks timelønnede nemndsmedlemmer med høy kompetanse og mye erfaring.

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 og kortere sykemeldingsperiode, mer målrette bruk av helsepersonell og samfunnsøkonomiske besparelser. Mer fornøyde pasienter og bedre samarbeid mellom kiropraktorer/manuell-terapeuter og andre personellgrupper er også målsettinger.

Departementet har i 2000 arbeidet med å legge til rette for prøveordningen – i samarbeid med Rikstrygdeverket. Det er utarbeidet utkast til forskrift som skal regulere forsøket (høring høsten 2000). Prøvefylker er valgt ut og tilretteleggingen for evalueringen er i gang. En referansegruppe med representanter bl.a. fra de berørte personellgrupper har gitt innspill.

Prøveordningen medfører bl.a. behov for betydelig informasjons- og opplæringsvirksomhet i forkant. Innsamling av fördata vil også være påkrevet. Hoveddelen av dette arbeidet vil gjennomføres første halvår i 2001. Etter planen skal forsøket starte opp i andre halvår 2001. Prosjektansvaret i prosjekteringsfasen er fra sommeren 2000 tillagt Rikstrygdeverket som også er tiltenkt dette ansvaret i gjennomføringsfasen.

Kvalitetsutvikling i helsetjenesten

"Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten" fra 1995 klargjør ansvar og oppgaver i den nasjonale satsingen på kvalitetsutvikling. Helsetilsynet er ansvarlig for gjennomføringen, som har pågått i årene 1995 – 2000. Det er blitt fokusert på følgende innsatsområder:

- fylkeslegenes arbeid med kvalitetsutvikling,
- informasjonsarbeid fra Statens helsetilsyn,
- opplæring i enkelte institusjoner i kommunehelsetjenesten og sykehus,
- kvalitetsrådgiverprogram for kommunehelsetjenesten,
- kvalitetsutvikling i helsefaglig utdanning
- støtte og oppfølging av kvalitetsutviklingsprosjekter i helsetjenesten.

Helsetilsynet gjennomfører nå en evaluering av Nasjonal strategi, slik at departementet får et grunnlag for å fatte beslutninger om videre arbeid innen kvalitetsutvikling.

Helsetilsynet har gjennom ulike samlinger og annen kontakt opprettholdt det nasjonale nettverket for kvalitetsrådgivere i sykehussektoren og for kvalitetsrådgivere for kommunehelsetjenesten. Mange enkeltpersoner og virksomheter driver en systematisk kvalitetsutvikling, men det er ennå langt igjen før dette arbeidet er integrert i hele helsetjenesten.

Nasjonal strategi har gjenom et samarbeid med Den norske Lægeforening etablert et læringsnettverk for kvalitetsforbedringsprosjekter på noen områder. I 1999/2000 er det gjennomført et prosjekt om kvalitetsforbedring innen intensivmedisin basert på faglig konsensus.

Departementet har gitt Helsetilsynet i oppdrag å etablere et program for kliniske veiledere for primærlegetjenesten. Dette inkluderer en utredning av de ulike kompetansemiljøenes rolle. Utredningen er påbegynt.

Resultatene så langt viser at tidsplanen for gjennomføring av Nasjonal strategi' s overordnede mål har vist seg å være for ambisiøs. Det er fortsatt behov for informasjon og opplæring for å få nå målene med innføring av kvalitetssystemer og internkontroll i helsetjenesten. Arbeidet med å utarbeide internkontrollforskrift har vært mer komplisert enn forutsatt. SHD planlegger å sende utkast til internkontrollforskrift på høring høsten 2000.

I 2000 har det vært økt satsning for å nå målene i forhold til tidligere år, og mange kommuner er nå godt i gang med innføring av et helhetlig kvalitetssystem. Det vil fortsatt være behov for særskilt innsats fra Helsetilsynet i 2001 for å hjelpe kommunene til å etablere kvalitetssystem som ivaretar internkontrollplikten.

For ytterligere å kvalitetssikre innholdet i tjenestene er det nødvendig å fortsette arbeidet

med systematisk å knytte kvalitetsarbeidet nærmere opp til det faglige utviklingsarbeidet, både lokalt, regionalt og nasjonalt. Som et ledd i dette vil to elementer i Nasjonal strategi videreføres i 2001: Kvalitetsrådgiverprogrammet for kommunehelsetjenesten og Program for utarbeiding av kliniske veiledere for primærlegetjenesten.

Kvalitetsrådgiverprogrammet for kommunehelsetjenesten

Programmet skal, gjennom opplæring, råd og veiledning bidra til at alle primærkommunene etablerer kvalitetssystemer. Gode resultater i kommunene krever langsiktig kompetanseoppbygging og tett faglig oppfølging. For å sikre kontinuitet i det kommunale kvalitetsutviklingsarbeidet foreslår departementet å gjøre rådgiverprogrammet permanent.

Program for utarbeiding av kliniske veiledere for primærlegetjenesten

Det er i dag flere aktører som utarbeider og presenterer kliniske anbefalinger for helsetjenesten. Departementet ser behov for samordning mellom aktører i offentlig helseforvaltning og fagmiljøene i den utøvende helsetjenesten på dette feltet. Helsetilsynet har fått i oppdrag å utrede og komme med forslag til program for utvikling av kliniske veiledere for primærlegetjenesten i løpet av 2001. Programmet skal bl.a. inneholde forslag til områder som det bør utarbeides retningslinjer for og metoder for å utvikle disse.

Planlegging og forberedelse av fastlegereformen

Departementet arbeider med utforming og iverksetting av en landsdekkende fastlegeordning i tråd med Stortingets vedtak våren 1997. Fastlegeordningen planlegges iverksatt i alle kommuner fra 1. juni 2001. Reformen ble utsatt 5 måneder fordi forhandlingene mellom Kommunenes Sentralforbund, Den norske lægeforening og stat tok lenger tid enn forutsatt.

Odelstingsproposisjonen om fastlegeordningen ble behandlet i Stortinget våren 2000. Departementet har hatt et nært samarbeid med Kommunenes Sentralforbund, Oslo kommune og Den norske lægeforening om utformingen av fastlegeordningen.

Bevilgningen skal dekke departementets forberedelse av reformen, herunder midler til informasjonsarbeid rettet mot kommuner, leger og befolkning samt til oppstart av evaluering av reformen. Bevilgning til stimuleringstiltak for å bedre stabiliteten i primærlegetjenesten jf. kap. 705, post 60 foreslås videreført i 2001.

(Se også omtale i St.prp. nr. 1 Folketrygden kap. 2600 Rikstrygdeverket).

Utviklingstiltak innen primærhelsetjenesten

I 2000 ble bevilgningen på 2,93 mill. kroner bl.a. brukt til forenklingstiltak i forbindelse med tidligere regjerings satsning på "Et enklere Norge", med en overordnet målsetting om å frigjøre legeårsverk til mer pasientrettet arbeid. Regjeringen har gjennomført et standariserings- og forenklingsarbeid som vil innebære forbedring i de administrative rutiner. Det er gjennomført en kvalitativ studie av helsepersonells erfaringer med å bli ilagt administrativ reaksjon etter helsepersonellovgivningen. Rapport foreligger og departementet har under planlegging en forenkling og forbedring av tilsynsmyndihetenes håndtering av klager på helsepersonell. Departementet har utarbeidet en rapport med forslag til organisering og administrering av turnustjenesten for leger. Rapporten sendes på høring i løpet av høsten 2000 og skal følges opp i 2001. Forslagene innebærer endringer i organisering og administrering av turnusleger i så vel sykehus som i kommunehelsetjenesten. Det er gitt støtte til aktuelle prosjekter innen primærhelsetjenesten.

I 2001 vil departementet fullføre og støtte nye prosjekter som kan bedre kunnskaps- og beslutningsgrunnlaget i primærhelsetjenesten.

Utvikling av tannhelsetjenesten

I 2000 er en bevilgning på 6,2 mill. kroner fordelt til følgende tiltak:

- tilskudd til 1-årig tilleggskurs for tannleger fra land utenfor EØS-området, utredning om kompetansesentra og spesialistvirksomheten
- offentlig støtte til implantatbehandling for definerte pasientgrupper
- tilskudd til drift av Bivirkningsgruppa for odontologiske biomaterialer ved UNIFOB, Universitetet i Bergen, bidrag til Nordisk institutt for odontologisk materialprøving (NIOM) til internasjonalt standardiseringsarbeid, oppfølging av Helsetilsynets rapport om tannbehandlingsmaterialer ("amalgamrapporten")

Personellforhold

Det er tannlegedekningen som er kritisk på personellfeltet i tannhelsetjenesten. På 90-tallet har det vært en økning i privat sektor på ca. 250 årsverk, mens det har vært en reduksjon i offentlig sektor. Avgangen av tannleger er større enn tilgangen. Ubalansen har forsterket fordelingsproblemene. I distrikts-Norge generelt og i de nordligste fylker spesielt er problemene alvorlige. Ved utgangen av 1999 var det registrert ca. 240 ledige tannlegestillinger i Den offentlige tannhelsetjenesten (120 ved utgangen av 1998). Dette utgjør ca. 12 pst. av samtlige stillinger. I enkelte fylker har ledigheten til tider vært over 20 pst. Rekrutteringen fra våre naboland har stoppet opp pga. redusert utdanningskapasitet og behov for tannleger i eget land. Ved uendret utdanningskapasitet og en gjennomføringsprosent på 85 pst. vil det bli drøye 600 færre tannlegeårsverk i 2015. Departementet anser det som nødvendig med en betydelig økning av tilgangen på tannleger. Dette kan skje gjennom økt utdanningskapasitet og rekruttering fra utlandet.

Departementet har hatt på høring en rapport om tannlegebehov og eventuell utdanning i Tromsø. Forslagene er til vurdering og departementet vil i samarbeid med Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet framlegge saken for Stortinget på egnet måte. I den forbindelse vil det også være aktuelt å vurdere omfanget av praksis i Den offentlige tannhelsetjenesten under tannlegeutdanningen i både Bergen og Oslo.

Departementet vil videreføre tiltakene for å rekruttere tannleger fra EØS-land (se kap. 706 post 60) og tilbud om 1-årig tilleggskurs ved Universitetet i Bergen for tannleger fra land utenfor EØS-området og som allerede bor eller oppholder seg i Norge.

Personelltiltak innen tannhelsetjenesten foreslås styrket med 1 mill. kroner i 2001.

Odontologiske kompetansesentre

I forbindelse med interpellasjonsdebatt 7. mai 1998 fattet Stortinget vedtak om at Regjeringen anmodes om å vurdere å fremme forslag om opprettelse av odontologiske kompetansesentra i alle helseregioner. Statens helsetilsyn har utarbeidet en rapport på oppdrag fra departementet om odontologiske spesialisttjenester og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentre. Utredningen vil bli sendt på høring høsten 2000. Deretter vil saken bli fremmet for Stortinget på egnet måte.

Det offentlige tilbud

Departementet har hatt på høring forslag til endringer av kontantstøtte gjennom trygderefusjon og forslag til forsøksordning med fylkeskommunale tannhelsetjenester til personer som får kommunal hjemmetjeneste. Departementet planlegger å starte en forsøksordning i 2-3 fylker i løpet av 2001. Eldre, uføre og langtidssyke som er i helseinstitusjon eller mottar hjemmesykepleie, omfattes av den offentlige tannhelsetjenesten. Hjemmeboende, herunder personer som har kommunale tilbud i form av omsorgsboliger eller hjemmehjelp, omfattes ikke. Stortinget har bedt departementet utrede muligheten for en viss utvidelse av det fylkeskommunale tannhelsetilbudet overfor disse gruppene. Det foreslås at det settes i verk et forsøk i to eller tre fylker over to til tre år med sikte på å avklare utformingen av og administrative og økonomiske konsekvenser av en eventuell nasjonal utvidelse av tilbudet. Kostnadene anslås til om lag 7 mill. kroner på årsbasis.

Endringer i regler for trygdestøtte vil bli fremmet for Stortinget på egnet måte.

Offentlige tilskudd til implantatbehandling ved de odontologiske fakulteter videreføres.

Kvalitet på tannbehandlingsmaterialer

Statens helsetilsyn overleverte departementet høsten 1998 en rapport om bruk av tannbehandlingsmaterialer. Departementet har gitt Helsetilsynet i oppdrag å følge opp forslagene med internasjonal fagkonferanse, utarbeiding av faglige retningslinjer og utarbeide forslag til markedskontroll av 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 bevilgninger til NIOM`s deltagelse i internasjonalt standardiseringsarbeid. Gjennom iverksetting av EØS-direktiv om medisinsk utstyr fra juni 1998 har NIOM`s oppgaver og funksjon endret karakter. Det pågår for tiden en evaluering av virksomheten med henblikk på fremtidige oppgaver og forholdet mellom NIOM Certifisering og NIOM Laboratorium. 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. I Nordisk Ministerråds regi pågår et utredningsarbeid om

fremtidig finansiering av de nordiske institusjoner. Departementet ser det i denne sammenheng som aktuelt å vurdere NIOM`s tilknytning til andre forskningsmiljøer og andre nordiske institusjoner i løpet av 2001. NIOM`s deltagelse i forskningsvirksomheten i oppfølgingen av Helsetilsynets rapport vil også bli vurdert.

Oppfølging av Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning

For 2000 disponeres 5,3 mill. kroner til sektorovergripende forsøks- og utviklingsarbeid, hvorav 4,7 mill. kroner er overført til Sametinget for videre fordeling. Det legges stor vekt på personellrettede tiltak. Midlene anvendes til opplæring av personell i samisk språk- og kulturforståelse, samt utarbeiding av læremidler og etterutdanningstilbud i samisk historie og samfunnsforhold for denne gruppa. Det arbeides også med lokale utviklingsprosjekter i kommuner, fylkeskommuner og utdanningsinstitusjoner. Tilskuddsmidlene anvendes også til informasjonsarbeid og tolketjeneste. Sametinget vil høsten 2000 arrangere en erfaringskonferanse for prosjektene. Beløpet innbefatter også 100000 kroner til forsøk med stipendordning for samisktalende som studerer fag knyttet til rehabilitering jf. St.meld. nr. 21 (1998-99). Sosial- og helsedepartementet samarbeider med Kommunal- og regionaldepartementet om felles løsninger med hensyn til brukerkontor for informasjonstjenester til den samiske befolkning.

Universitetet i Tromsø er tildelt midler for planlegging av oppretting av Senter for samisk helseforskning underlagt Institutt for samfunnsmedisin, samt påbegynnelse av dokumentering av relevant kompetanse i sektoren. Senteret lokaliseres i Karasjok. For 2001 avsettes midler til etablering og drift av senteret med tre fagstillinger. Det vil være nødvendig med en opptrapping de påfølgende år tilsvarende et par fagstillinger og eventuelt noe faste forskningsmidler. Det tas dessuten sikte på at senteret skal spille en rolle i det internasjonale samarbeidet i WHO-regi om urfolksspørsmål.

Handlingsplanen for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning vil bli ferdigstilt i løpet av høsten.

Spesialisthelsetjeneste i samiske områder

Bevilgningen i 2000 på 2,8 mill. kroner til Finnmark fylkeskommune til drift av spesialistlegesenter og Barne- og ungdomspsykiatriske senter i Karasjok, foreslås videreført i 2001.

Utredninger, statistikk m.v. på legemiddelområdet

Etterutdanningstilbudet som gis av Komitéen for farmasøytisk etterutdanning (KFFE) er av stor betydning når det gjelder å opprettholde og videreutvikle kompetansen på farmasøytiske arbeidsplasser i Norge. Det settes av 0,5 mill. kroner.

Det foreslås bevilgninger til kjøp av tjenester som tidligere ble finansiert av NMD, men som selskapet ble fritatt for i forbindelse med omdannelsen til et statsaksjeselskap i 1993.

I 2000 forvalter NMD blant annet følgende tjenester på vegne av helsemyndighetene:

- beredskapstjenester - planlegging og administrasjon av sentrale og regionale beredskapslagre, herunder kontroll og rullering
- statistikk over legemiddelforbruket i Norge
- narkotikakontroll - kontroll og statistikkfunksjon for omsetning av narkotika
- WHO-arbeid
- støtte til Samarbeidskomiteen for legemiddelinformasjon.

Legemiddelstatistikk er et sentralt verktøy for statlige legemiddelmyndigheter og fylkeslegene. Slik statistikk kan gi viktig informasjon om bl.a. legemiddelomsetning, forskrivning og bruk av legemidler, legemiddelpriser, pasienters egenbetalinger m.m. For å føre tilsyn med forhold vedrørende folketrygdens refusjoner, distribusjonsleddenes omsetningsmarginer, forskrivning av narkotiske og vanedannende midler m.m., er det nødvendig med større viten om det faktiske salget av legemidler fra apotek til publikum enn man har i dag. Den enkelte lege har i dag liten mulighet til å skaffe seg informasjon og systematisk oversikt over egen forskrivning, både med tanke på selvevaluering og kollegabasert læring gjennom sammenholdelse med andre legers forskrivning.

Apotek registrerer allerede i dag alt salg på resept til enkeltkunder eller på rekvisisjon til sykehusavdeling/helseinstitusjon. Opplysningene er tilgjengelige i det enkelte apotek, men utnyttes i liten grad. Det er satt i gang et arbeid for gradvis oppbygging av et system for utnyttelse av disse data til statistikk og tilsynsformål. Det avsettes 2 mill. kroner til videreutvikling av legemiddelstatistikk. Sosial- og helsedepartemen-

tet vurderer en fremtidig hensiktsmessig organisering/plassering av disse oppgavene.

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.

Midler til farmakologisk forskning (2 mill. kroner), som tidligere har vært belastet denne posten, er flyttet til kap. 701, post 50.

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, for bedre å kunne håndtere evt. leveringssvikt av slike livsviktige produkter. Departementet vil derfor vurdere behovet for å bygge opp et statlig eiet bufferlager av livsviktige blodfaktorprodukter.

Blodtrykksprosjektet

Forbruket av blodtrykk- og kolesterolsenkende legemidler øker sterkt, og utgjør nå mer enn 20 pst. av legemiddelrefusjonene. Denne utviklingen kan gjenspeile et tilsvarende reelt 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 engasjerte til et prosjekt med sikte på å støtte allmennlegene i en rasjonell legemiddelforskrivning. Søkelyset vil rettes både mot blodtrykksmedikamenter og kolesterolsenkende legemidler. Søkelyset vil rettes både mot blodtrykkmedikamenter kolesterolsenkende legemidler. Prosjektet vil gjennomgå den samlede kunnskapsbasen på dette feltet. Med dette som utgangspunkt vil prosjektet videre utarbeide nye og bedre former for formidling av kunnskapsbaserte retningslinjer.

Prosjektet vil gå over 3 år, og kan gi grunnlag for betydelige innsparinger på lengre sikt.

Innovasjonsbistand til Helseregion midt-Norge

Sosial- og helsedepartementet og Næringsdepartementet har i fellesskap igangsatt et prosjekt for innovasjonsbistand til helsesektoren. Siktemålet er å styrke det lokale næringslivets muligheter for leveranser til helsesektoren over et bredt produktspekter. I første omgang vil dette bli organisert i regi av SINTEF og innrettet mot Helseregion midt-Norge. I en oppbyggingsfase er det nødvendig med statlig finansiering. Det er avsatt 1,5 mill. kroner for 2001. Det bevilges tilsvarende beløp over Næringsdepartementets budsjett.

Tilskudd til Senter for helseadministrasjon

Det er inngått avtale mellom Sosial- og helsedepartementet og Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo om å bidra til å bygge ut nasjonal kompetanse på høyt nivå innenfor fagområder av betydning for utøvelse av god administrasjon og ledelse.

Avtalen har en tidsramme på fem år med virkning fra 1. januar 1997, med en årlig økonomisk ramme på 500 000 kroner.

Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene

Utvikling og drift av "Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene" videreføres. Også i 2000 har Sosial- og helsedepartementet sendt ut et rundskriv med nasjonale mål og hovedprioriteringer (rundskriv I-1/2000). Satsingsområdene for 2000 er forbedringer av tilbudet til ungdom, mennesker med psykiske lidelser, utvikling av pleie- og omsorgstjenesten og oppfølging av tiltak overfor rusmiddelmisbrukere. Det arbeides også med å forbedre statistikkgrunnlaget for tjenestene. Det forutsettes at fylkesmenn og fylkesleger følger opp enkeltkommuner for å fremme en positiv utvikling av helse- og sosialtjenesten i tråd med signalene i rundskrivet.

Departementet har i samarbeid med Statistisk sentralbyrå og Statens helsetilsyn publisert en landsomfattende samling med nøkkeltall fordelt kommunevis (I-0995/1B-6B).

Førstehjelpprosjektet

Førstehjelpsprosjektet avsluttes i 2001, med utsending av materiell til alle 8. klassinger i feb-

ruar. I løpet av 2001 skal det femårige prosjektet sluttevalueres. For 2001 avsettes det kr 900.000.

Informasjon om helsereformer

I 2001 blir det gjennomført informasjonstiltak knyttet bl.a. til de nye helselovene som trer i kraft, til fastlegereformen, opptrappingsplanen for psykisk helse og handlingsplanen for eldrereformen. Informasjon via Internett vil være en av kanalene, og en internettportal for helse- og sosialinformasjon skal etableres. For 2001 avsettes det 1,8 mill. kroner.

Tidsskriftet Liv og helse

Liv og Helse er Sosial- og helsedepartementets nye satsing på informasjonssiden. Tidsskriftet kommer ut med seks nummer i året, og skal informere om sosial- og trygdepolitikk, sosial- og helsereformer, lovarbeider og viktige prosjekter. Stoffet presenteres i form av reportasjer, fagartikler og kortnotiser. Målgruppe er kommune og fylkesnivå. Liv og Helse vil ha et opplag på ca. 30 000. For 2001 avsettes det 2,2 mill. kroner til produksjon og distribusjon.

Statistikkutvikling m.v. knyttet til handlingsplan for helse- og sosialpersonell

Sosial- og helsedepartementet har i 1999 etablert et samarbeid med Statistisk Sentralbyrå og Kommunenes Sentralforbund om å utvikle en helhetlig personellstatistikk for helse- og sosialsektoren på grunnlag av data fra statens og kommunenes lønns- og personalsystemer og rapporter fra private helsevirksomheter. På bakgrunn av at legemarkedet fra 1.1.99 er undergitt statlig regulering, har en startet med et eget prosjekt for legegruppen. Statistikken skal være tilpasset de krav som stilles i HELSEMOD og KOSTRA. Det tas sikte på å fullføre dette arbeidet i løpet av 2001. Aktuelle organisasjoner er invitert til å delta i arbeidet.

Oppfølging av Handlingsplanen for IT i helsesektoren.

Departementet har i løpet av 2000 iverksatt statlig tiltaksplan for oppfølging av Informasjonsteknologi i helse- og sosialsektoren : Utfordringer og statlige tiltak, som ble vedtatt i 1999.

Det har pågått arbeid med følgende tiltak i 2000:

- etablere et nasjonalt samarbeidsforum bestående av de mest sentrale offentlige aktører i sektoren. Forumet vil bidra til å styrke og samordne de ulike aktørenes tiltak for en bred realisering av elektronisk samhandling over enhetlige informasjonsnett i helse- og sosialsektoren
- utprøving av tjenester for sikker elektronisk samhandling
- utvide funksjonaliteten og gi økt tilgjengelighet til den nasjonale helse-trygd-postkassen
- videreføre og intensivere utarbeidingen av tydelige og lettforståelige veiledere og prosedyrer for informasjonssikkerhet
- revidere Journalforskriften for å realisere en likestilling av elektronisk og papirbasert pasientjournal
- utvikle og stimulere til innføring og bruk av et sett av prioriterte elektroniske meldinger (elektroniske labsvar, epikriser, resepter, sykemeldinger m.m.)
- formelt etablere og videreutvikle en database for sektorens felles datagrunnlag, herunder kodeverk, klassifikasjoner og termer, tilgjengeliggjort i sektornettet, samt et støtteapparat med hensyn til drifts- og brukerstøtte
- samordne og organisere tilretteleggingen av relevant og oppdatert informasjon fra statlige helse- og sosialmyndigheter på Internett.

Mange av tiltakene i planen er av mer varig karakter. Det gjelder særlig standardiseringsarbeidet for elektronisk meldingsutveksling, informasjonssikkerhet og arbeidet med kodeverk og klassifikasjoner.

Bedre samhandling i alle deler av helsesektoren, med pasienten i fokus, er et viktig helsepolitisk mål. Hovedfokus for statens arbeid med IT-utvikling på dette området er å legge til rette for og støtte utbygging av infrastruktur som bidrar til bedre informasjonsutveksling og samarbeid. Innføring av elektronisk samhandling mellom de ulike virksomhetene i helse- og sosialsektoren vil kreve innsats og stiller store krav til samarbeid og koordinering mellom de ulike virksomhetene i sektoren og mellom forvaltningsnivåene (fylke, sykehus, kommunale helseinstitusjoner, legekontor mm).

Departementet vil i løpet av høsten 2000 utarbeide en ny tiltaksplan for 2001-2003. En hovedsatsing i denne vil være videreutvikling av regionale helsenett og sammenknytning av disse i et nasjonalt helsenett med felles samtrafikkpunkter, sikker aksess mot internett, og et tilbud av nasjonale informasjonstjenester.

Helsenettet skal støtte både telemedisinske tjenester, e-post og meldingsutveksling, med

mulighet for videokonsultasjon og integrasjon av tekst, lyd og bilde. Dette stiller store krav til nettverkskapasitet. Utviklingen av et nasjonalt helsenett er derfor et viktig etterspørselsfremmende tiltak for bredbåndsutviklingen. Ett av målene i regjeringens bredbåndsatsing er at innen utgangen av 2002 skal alle sykehus ha tilbud om bredbåndtilknytning med mulighet for kommunikasjon med primærhelsetjenesten. Dette vil bli fulgt opp i 2001 med støtte til etablering av bredbåndstilknytning for sykehus, samt noen telemedisinske demonstrasjonsprosjekter for bredbåndskommunikasjon mellom sykehus og primærhelsetjenesten i distriktene.

Oppfølging av utredning om alternativ medisin

Departementet viser til forslag framsatt i St.meld. nr. 26 (1999-2000). Regjeringen vil i løpet av 2001 komme tilbake til Stortinget med ytterligere forslag til oppfølging av utredningen om alternativ medisin (NOU 1998:21). I tillegg til de problemstillinger utredningen fokuserte på, viser høringen at mange etterlyser debatt om helsekostbransjens markedsføring, og om forholdet mellom naturpreparater og lovgivningen for legemiddelfeltet.

Samarbeidsavtalen for helsesektoren mellom Norge og Kina følges høsten 2000 opp med et seminar i Oslo om tradisjonell kinesisk medisin. Formålet er å skape kontakt mellom utvalgte fagmiljøer i Norge og Kina for utveksling av personell og samarbeid om forskningsprosjekter. Fagmiljøet ved Universitetet i Tromsø vil koordinere forskningssamarbeiet, jamfør omtale av forskningsprogrammet for pasientrettet klinisk forskning og alternativ medisin, kap. 701 post 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 kan det bl.a. opplyses om at det er inngått avtale med Universitetet i Oslo om utarbeidelse av et vitenskapelig medisinsk –historisk verk som dekker perioden ca. år 1600 til 2000.

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 28,8 mill. kroner, og skal dekke igangværende forskningsprogrammer og andre langsiktige satsinger knyttet til Sosial- og helsedepartementets programkategori 10. Helsevern og 10.40. Psykisk helsevern. Som følge av regjeringens Opptrappingsplan for forskningen foreslås denne posten økt med 3 mill. kroner i 2001. Økningen fordeles med 1 mill. til styrking av forskningsprogrammet for pasientnær klinisk forskning og alternativ medisin, og 2 mill. til satsing innenfor næringsrettet bio- og genteknologi. Midlene administreres av Norges forskningsråd.

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

Det tas forbehold om justering av beløpene tiltenkt det enkelte forskningsprogram.

Bevilgningen går til følgende programmer og satsinger i Norges forskningsråd:

Program for pasientnær klinisk forskning og alternativ medisin

Norges Forskningsråd utlyste i 1999 oppretting av kompetansemiljø for forskning og dokumentasjon innen alternativ medisin ved et Universitet. NFR har inngått kontrakt med Universitetet i Tromsø om etablering av senteret. Senteret underlegges Institutt for samfunnsmedisin, og vil settes i full drift i 2001. Departementet vil bruke senteret som vitenskapelig rådgivermiljø i faglige spørsmål, og vil blant annet delegere ansvar knyttet til forskningsfaglig oppfølging av samarbeidet med Kina til senteret.

Fra ny programperiode begynner i 2001, blir programmene for alternativ medisin og for klinisk pasientrettet forskning slått sammen, jf. omtale under kap. 739, post 50. Formålet er å oppnå større faglig bredde i programmene, og å redusere administrative kostnader. Departementet blir forelagt forslag til strategidokument for det nye programmet, og vil legge vekt på å sikre at alternativmedisinens interesser blir ivaretatt. Feltet alternativ medisin foreslås styrket med 1

mill. kroner i 2001. Programmets hovedtema i 2001 omtales under kap. 739, post 50.

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 styrke forskning om fordeling av helsetjenester, om evaluering av ytelsesformer i helsetjenesten og å styrke utvikling av forskningsmetoder med fokus på metodeevaluering og resultat- og kvalitetsevaluering. Sentrale temaer i programmet er å fremskaffe kunnskap om effekter av reformer, ulike organisasjonsformer, hvordan tjenester skal produseres, hvordan de skal finansieres og hvordan ansvar fordeles mellom det private og det offentlige. Spesielle problemstillinger innenfor det psykiske helsevern er et sentralt satsingsområde i likhet med satsingen på oppbyggingen av forskning innen helseøkonomi. Det foreslås bevilget 3,8 mill. kroner til dette formålet over kap. 701, post 50. I tillegg foreslås bevilget 2 mill. kroner over kap. 743, post 70, til sammen 5,8 mill. kroner til programmet i 2001 hvorav 4. mill. kroner skal brukes til psykisk helseområdet. Programmet tildeles også midler på kap. 739, post 50 og kap. 675, post 50

Program for Mental helse

Programmets hovedmål er å bidra til en bedre folkehelse og fremme kvaliteten på helsetjenestetilbud som gis personer med psykiske lidelser. Kunnskapsutviklingen skal bidra til oppfølging av Opptrappingsplan for psykisk helse, og omfatter biologisk, klinisk og epidemiologisk forskning. Behandling av rusmiddelrelaterte lidelser vil inngå i programmet. Av sentale FoU-oppgaver kan nevnes barn- og unges mentale helse, sammensatte adferdsproblemer, spiseforstyrrelser med spesielt fokus på barn og unge, rettspsykiatri/ rettspsykologi, klinisk behandlingsforskning og basal rusforskning. Det foreslås bevilget 15,45 mill kroner over kap. 701, post 50. I tillegg foreslås bevilget 3 mill. kroner over kap 743, post 70, til sammen 18,45 mill. kroner for 2001.

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i medisin og helsetjeneste 2001 - 2005

Programmet er en videreføring av tidligere satsinger på IKT i helsesektoren.

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 informasjoneknologi 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.

Departementet bevilger 1,5 mill. kr til programmet i 2001.

Næringsrettet bio- og genteknologi

Næringsrettet bio- og genteknologi er en ny satsing som det foreslås bevilget 2 mill. kroner til for 2001. Genteknologisk kartlegging av arvestoffet hos mennesket og forståelsen av molekylære mekanismer vil gi ny innsikt i årsaker til sykdom, og lede til nye strategier og metoder for behandling av arvelige lidelser, og av sykdom knyttet til samspillet mellom arv og miljøfaktorer. Nye diagnostiske prinsipper og metoder basert på bioteknologi vil dessuten legge grunnlaget for både behandling og forebygging av sykdom. Samtidig vil utviklingen av nye metoder reise en rekke etiske spørsmål. Bioteknologi vil gjennom dette komme til å forme viktige sider av moderne medisin. Prognoser tyder på at helsesektoren fortsatt vil være det viktigste enkeltområdet for bioteknologiske produkter i årene fremover. Sosial- og helsedepartementet er også opptatt av at utviklingen av bio- og genteknologi parallelt blir fulgt av forskning på eventuell helserisiko forbundet med

fremstilling og bruk av organismer/produkter hvor disse metodene/teknikkene benyttes, særlig gjelder dette mat og legemidler.

Kap. 0702 Nemnd for bioteknologi

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	5 738	5 670	5 820
	Sum kap 0702	5 738	5 670	5 820

Bioteknologinemda er et frittstående organ som gir råd til norske myndigheter. Nemnda består av 21 medlemmer fra ulike organisasjoner og fagmiljøer, samt observatører fra 6 berørte departement. Nemnda har et permanent sekretariat som er organisert som egen statsetat.

Nemnda skal drøfte etiske og samfunnsmessige spørsmål i tilknytning til bioteknologisk virksomhet og bidra med informasjon til publikum og samfunnsmessig bevisstgjøring. Nemnda er videre høringsinstans for norske myndigheter for lov- og forskriftsendringer og i saker som angår Norges holdning til bioteknologiske spørsmål. Nemnda gir uttalelser til saker som behandles i medhold av genteknologi- og bioteknologiloven.

Det ble i 1999 avholdt to åpne møter om hhv. kunstig befruktning og genteknologi i et nord-sør-perspektiv. I tillegg har nemda arbeidet med EUs patentdirektiv, operasjonalisering av begrepene bærekraft og samfunnsnytte, transplantasjonsloven, kloning og arvelig kreft.

Ny nemnd er oppnevnt våren 2000. Den nye nemnda vil etter hvert prioritere oppgaver.

Utgiftene gjelder rådets sekretariat, utvalgsgodtgjørelse, reiseutgifter og utgivelse av publikasjonen GENiALT mv.

Antall årsverk var 5 pr. 1. mars 1999 og 5,1 pr. 1. mars 2000 i følge det sentrale tjenestemannsregisteret.

Kap. 0703 Helsetjenesten for innsatte i fengsel

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter, kan nyttes under post 60	2 515	5 550	7 670
60	Tilskudd til kommuner og fylkeskommuner, *kan nyttes under post 01*	70 000	61 100	61 100
	Sum kap 0703	72 515	66 650	68 770

Overført fra 1999 til 2000:
Post 01: 303 000 kroner

Formål og hovedprioriteringer

Målsettingen for fengselshelsetjenesten er at innsatte skal gis et likeverdig helsetilbud som befolkningen for øvrig. Tjenesten drives som en integrert del av den kommunale og fylkeskommunale helsetjenesten. Integreringen av fengselshelsetjenesten i den ordinære helsetjenesten gir en bedre faglig forankring for helsepersonellet i fengslene, en kvalitativt bedre tjeneste og letter rekrutteringen til et tungt arbeidsområde. Staten skal fortsatt beholde det overordnede ansvar for tjenesten. Det er behov for en videre oppbygging av kompetansen på dette fagfeltet.

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.

Virkemidler

Fra 1. januar 1995 har kommuner med fengsler en lovpålagt plikt til å yte helsetjenester til innsatte i fengsler. Spesialisthelsetjeneste og tannhelsetjeneste til innsatte i fengsler, skal fortsatt være et fylkeskommunalt ansvar etter sykehusloven, lov om psykisk helsevern og lov om tannhelsetjenesten.

Det blir gitt øremerkede tilskudd til kommuner og fylkeskommuner for å sikre at kommuner som har fengselsanstalter makter å gi et like bra helsetilbud til innsatte som til resten av befolkningen. F.o.m. 1997 administreres tilskuddene av departementet. Tilskuddet for 1999 til den enkelte kommune og fylkeskommune ble fordelt på bakgrunn av tildelt tilskudd og rapporter om virksomheten for 1998. Tilskudd til legemidler og medisinsk utstyr er innlemmet i det øremerkede tilskuddet. Tilskuddet blir vurdert og justert på bakgrunn av de avtaler som gjaldt inntil lovendringen fra 1994 trådte i kraft, kommunenes rapportering om virksomheten og den nevnte kartlegging.

Resultatrapportering for 1999

Departementet har utviklet et nytt rapporteringssystem for bruken av det øremerkede tilskuddet til helsetjenesten for innsatte i fengsel som ble gjort gjeldende f.o.m. tilskuddsåret 1997. Resultatene gjengitt nedenfor baserer seg på kommunenes egne opplysninger. Fordi enkelte kommuner ikke har sendt inn rapportering per dags dato må resultatene tas med forbehold.

Departementet har per 1. august 2000 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 psykiatrisk institusjon.

Det øremerkede tilskuddet for 2000 til kommuner og fylkeskommuner med fengsel ble utbetalt etter at disse hadde sendt inn rapport og regnskap for bruken av 1999-midlene.

Psykiske lidelser og rusmisbruk er det dominerende helseproblemet i de fleste fengslene. Antallet psykotiske innsatte i fengsel her i landet er ikke stort. Statens helsetilsyn antar at inntil ca. 5-8 innsatte på landsbasis til enhver tid oppfyller vilkårene i lov om psykisk helsevern for tvangsinnleggelse. For disse er det ofte en viss ventetid før de overføres til sykehus. I de senere år er ventetiden blitt vesentlig forkortet men kan i enkelte tilfeller variere en del.

Ved den utbyggingen av tjenestetilbudet som skal skje gjennom Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 vil også behandlingstilbudet til innsatte med psykiske lidelser bli vesentlig styrket.

Satsingsområder

Det er fortsatt nødvendig å styrke almenhelsetjenesten i en del anstalter for å kunne sikre forsvarlige helsetjenester. Arbeidet med å styrke kompetansen og kapasiteten til behandling av sedelighetsdømte innenfor det ordinære behandlingsapparat må videreføres. Det vises her til nærmere omtale under kap. 743 post 60. Det er fortsatt behov for å styrke innsatsen på dette området. Videre er det viktig å bedre samspillet mellom helsetjenesten for innsatte og psykiatriske institusjoner for å sikre rask tilgang til psykiatrisk institusjonsbehandling for alvorlig sinnslidende.

Merknader til de enkelte poster for 2000

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen skal dekke medisiner, medisinsk utstyr og kompetanseoppbygging innen fagfeltet.

Post 60 Tilskudd til kommuner og fylkeskommuner

Bevilgningen fordeles til kommuners og fylkeskommuners tjenester innen 1. linjetjenesten, psykisk helsevern og tannhelsetjeneste.

Kap. 0704 Giftinformasjonssentralen (jf. kap. 3704)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	9 485	9 570	12 000
	Sum kap 0704	9 485	9 570	12 000

Det er overført fra 1999 til 2000:
Post 01: 343 000 kroner.

Formål og hovedprioriteringer

Giftinformasjonssentralen (GIS) er en nasjonal kompetanse- og informasjonssentral ved akutte forgiftninger og ved vurdering av forgiftningsfare. Giftinformasjonssentralen har døgnåpen telefonvaktservice og betjener både helsevesenet og allmennheten.

Hovedmålet er:

Bidra til at alle forgiftninger blir behandlet hensiktsmessig og arbeide for å forebygge forgiftninger.

Hovedoppgavene er:

- gi informasjon, råd og veiledning til helsevesenet og allmennheten angående akutte forgiftninger
- innsamle og bearbeide dokumentasjon
- arbeide for å forebygge forgiftninger
- bygge nasjonale og internasjonale nettverk
- gi rom for forskning og fordypning

Resultatrapportering 1999

Råd og veiledning ved henvendelser til Giftinformasjonssentralen

I de senere år har det vært en jevn og tidvis stor økning i antall henvendelser til Giftinformasjonssentralen:

Tabell 13.13Henvendelser til Giftinformasjonssentralen

	1996	1997	1998	1999
Totalt antall henvendelser	20 452	23 705	24 199	28 468
Økning fra forutgående år	10 pst.	16 pst.	2 pst.	18 pst.
Andel av henvendelsene utenfor vanlig arbeidstid (på "vaktene"	13 274 (65 pst.)	15 718 (66 pst.)	16 595 (69 pst.)	19 617 (69 pst.)
Andel av henvendelser som gjelder akutte tilfeller	14 464 (71 pst.)	16 039 (68 pst.)	16 394 (68 pst.)	20 132 (71 pst.)

Tabell 13.14Anbefalinger ved henvendelser om akutte og kroniske eksponeringer hos mennesker

Anbefalt behandling	1996	1997	1998	1999
Ingen behandling nødvendig/ behandling hjemme	9 989 (70 pst.)	10 981 (69 pst.)	11 457 (71 pst.)	13 650 (69 pst.)
Behandling lege	1 561 (11 pst.)	1 852 (12 pst.)	2 151 (13 pst.)	2 900 (15 pst.)
Behandling sykehus	1 618 (11 pst.)	1 541 (10 pst.)	1 635 (10 pst.)	2 250 (11 pst.)

Som det fremgår av tabellen over, kan råd og veiledning fra Giftinformasjonssentralen 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 helsevesen gir Giftinformasjonssentralen ut antidotliste (motgift), behandlingsdokumenter for en rekke sentrale forgiftninger, nyhetsbrev og deltar i foredragsvirksomhet.

For å øke kunnskapen om giftige stoffer og forhindre forgiftningsuhell hos allmennheten, utarbeider GIS informasjonsmateriell (brosjyrer, plakater og lignende) 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 foredragsviksomhet rettet mot allmennheten finner også sted.

Tilstandsvurdering

Siden 1994 har antall henvendelser til Giftinformasjonssentralen nesten blitt fordoblet og økningen forventes å fortsette. Både i Norge og internasjonalt blir det stadig mer fokusering på forgiftninger og forgiftningsfare. Både ved uhell, selvpåførte forgiftninger og når forgiftningsfarer slås opp i mediene, er det viktig at enkeltmenneskene og helsevesen har et sted å henvende seg for å få nøktern og klar informasjon og rettledning.

Det er stort behov for å få styrket IKT slik at etaten kan bli en moderne informasjonsinstitusjon.

Økt internasjonal samhandel med kjemikaler og legemidler og harmonisering av reguleringsbestemmelser i de forskjellige land medfører nye utfordringer for etaten.

Økt behov for internasjonal samarbeid med søsterorganisasjoner for utveksling av erfaringer og informasjon og for tilrettelegging av mer ens praksis.

Satsingsområder og mål for 2001

Giftinformasjonssentralen skal prioritere sin informasjons- og veiledningsfunksjon ved direkte kontakt med brukerne. I praksis innebærer dette at Giftinformasjonssentralen må opprettholde dagens system med skreddersydd rådgivning per telefon på døgnbasis. Denne hovedprioritering tilsier en styrking av bemanningen pga. en betydelig økning av antall henvendelser de senere år. Dessuten innebærer målsetningen en viss dreining i retning av større vekt på forebyggende arbeid. Det er også ønskelig med en forsterkning av innsatsen på å oppdatere og sikre kvaliteten på den nasjonale dokumentasjonsbasen til virksomheten (skaffe og bearbeide dokumentasjon). Dette er nødvendig for at en skal kunne svare raskt og tilfredsstillende på henvendelsene. Antall henvendelser for år 2001 er stipulert til ca 34 000.

Som et ledd i utviklingen for å bli en moderne informasjonsbedrift må alle medarbeiderene i 2001 få tilgang til e-post og Internett på egen PC og arbeidet med å få den nasjonale dokumentasjonsbasen over på data må ha startet.

Merknader til budsjettforslaget for 2001

Post 01 Driftsutgifter

Det er foreslått en økning på 2 mill. kr til videreføring av forslag fremmet i RNB-2000 (jf. dokumentasjonsdatabase) og til å sikre tilstrekkelig bemanning til døgnkontinuerlig vaktjeneste (øket saksmengde).

Antall årsverk var 12 pr. 1. mars 1999 og 14 pr. 1. mars 2000 i følge det sentrale tjenestemannsregisteret.

Kap. 3704 Giftinformasjonssentralen (jf. kap. 704)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
16	Refusjon av fødselspenger	22		
	Sum kap 3704	22		

Kap. 0705 Kursvirksomhet og stipendier

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
60	Rekruttering m.m. av helsepersonell	20 050	32 100	35 100
61	Utdanningstiltak, turnustjeneste m.v.	47 414	48 400	48 400
62	Bedriftsinterne videreutdanninger	30 609	34 000	36 000
71	Tilskudd til kurs og stipendier til personell innen helsevesenet m.m.	15 661	12 900	14 000
	Sum kap 0705	113 734	127 400	133 500

Kvalifisert personell utgjør den viktigste ressurs i helse- og omsorgstjenesten. Økt tilgang på kvalifisert personell er en forutsetning for å kunne iverksette reformer og opptrappingsplaner innen helse- og omsorgstjenesten. Det er vesentlig mangel på viktige personellgrupper; som sykepleiere, leger, vernepleiere og tannleger.

Innenfor primærhelsetjenesten (pleie- og omsorgssektoren, rehabilitering) er det på landsbasis fortsatt ikke balanse mellom etterspørsel og tilgang på personell med utdanning fra videregående skole og høgskole. Utfordringene er knyttet til stabilitet i stillinger, stor andel deltidsansatte og usikkerhet om framtidig tilgang som følge av lave ungdomskull og sviktende interesse hos ungdommen. Det er et økende behov for kvalifiseringstiltak - opplæring av ufaglærte samt videreutdanning av personell med høgskoleutdanning.

I spesialisthelsetjenesten er det mangel på radiografer og sykepleiere. Det er størst problemer på sykepleiersiden, spesielt ved de store sykehus. Årsakene er dels en stor økning av sykepleierstillinger gjennom omgjøring av hjelpepleierstillinger i løpet av 1990-tallet, samt store frafallsproblemer. På mange sykehus er det høy turnover og mangel på sykepleiere med spesialutdanning, særlig innenfor intensiv, operasjon og anestesi.

Samlet er det av Arbeidsdirektoratet antydet en underdekning på over 3000 sykepleierårsverk til sammen i helse- og omsorgstjenesten. Av samtlige yrkesgrupper er det i sykepleiersektoren at frafallet i yrkesaktivitet er størst.

Vi har en generell mangelsituasjon når det gjelder legemarkedet. Av de samlede opprettede legestillinger/hjemler i kommunene, viser registrering juni 2000 at 289 hjemler er ubesatt (ubesatt mer enn 6 mnd.). Rekrutteringen til allmennlegetjenesten er svak, og gjennomsnittsalderen for allmennleger øker betydelig hvert år. Resultatet er store rekrutteringsproblemer, spesielt i distriktene.

Det er først fra år 2000 at økningen av studieplasser på 90-tallet gir resultater. En stor tilgang av utenlandske leger i kombinasjon med statlig regulering av legemarkedet f.o.m 1999 har avhjulpet situasjonen. Gjennom legerekrutteringsprosjektet har Arbeidsdirektoratet rekruttert over 230 leger fra EØS-land. Samtidig har det vært en betydelig økning i antall leger fra ikke-EØS-land som har fått norsk autorisasjon.

Innen tannhelsetjenesten er det en økende ledighet i den offentlige sektor i mange fylker. Mangelsituasjonen skyldes dels en redusert opptakskapasitet helt siden 1981, og stort frafall i studiet. I tillegg er tilgangen på tannleger fra de nordiske land betydelig redusert. Pr. 01.01.2000 var 11 pst. av stillingene ledig. I flere fylker er nå 20-25 pst. tannlegestillinger ubesatt.

Utfordringen fremover blir å dekke økt behov for sykepleiere både i kommunehelsetjenesten og sykehusene, bl.a. pga en økende tendens til utskrivning fra sykehus til behandling i kommunene på et tidligere tidspunkt. Allmennlegetjenesten og en tilfredsstillende geografiske fordeling vil fortsatt være det største problem innen legemarkedet. Det er derfor fortsatt behov for stor innsats for å øke den samlede tilgang på sykepleiere og bidra til en rekruttering av leger fra utlandet og en geografisk fordeling av disse. Utdanningskapasiteten for tannleger må økes betydelig. Samtidig må det fortsatt satses på videreutdanninger for høgskoleutdannet personell og etter- og videreutdanning for personell med helse-/sosialfag fra videregående opplæring.

Post 60 Rekruttering m.m. av helsepersonell

Formålet med bevilgningen er å bedre rekrutteringen til helsetjenesten og å øke stabiliteten i helsepersonellstillinger. I bevilgningen inngår

tiltak for å bedre helsepersonellsituasjonen i Nord-Norge og tiltak for økt rekruttering av helsepersonell fra utlandet. Posten dekker også direkte utgifter knyttet til forvaltningen av midlene.

I 2000 ble bevilgningen fordelt på følgende tiltak:
- tilskudd til rekruttering og stabiliseringstiltak for helsepersonell
- rekrutterings- og stabiliseringstiltak i primærlegetjenesten
- tilskudd til psykiatrisk forskningssenter i Troms og Finnmark

Tiltakene i 1999 er i hovedsak videreført i 2000.

I 2000 rekrutteres det tyske sykepleiere og tannleger. Det gis videre tilskudd til rekruttering av lege- og tannlegevikarer i kommuner med med spesielle problemer, samt diverse tilskudd til faglig utvikling og forskning innen allmennmedisin i de tre nordligste fylker.

For å bedre rekruttering og sikre bedre stabilitet i primærlegetjenesten er veiledning av turnuskandidater og tilskudd til etter og videreutdanning av allmennleger innen spesialistutdanning i allmennmedisin og samfunnsmedisin videreført. Det samme gjelder tilskuddet til interkommunalt legevaktsamarbeid der 149 kommuner i 14 fylker mottar støtte. Et annet viktig tiltak er utviklingen av ressurskommuner i Nord-Norge der erfarne kommuneleger tilbys 20 pst.-stilling som universitetslektor ved Universitetet i Tromsø.

Sosialkomiteen har i Budsj-innst. S. nr. 11 (1999-2000) anmodet regjeringen om å sørge for at utenlandske leger som arbeider i Norge, og som har utstrakt pasientkontakt, behersker norsk språk i så stor grad at de på en trygg måte kan kommunisere med norske pasienter. Dette følges opp i samarbeid med AAD/Arbeidsdirektoratet gjennom språkopplæring i utlandet og kurs i nasjonale fag i Norge. Videre vil Helsetilsynet gjennomføre en kartlegging ved alle landets sykehus for å undersøke hvilke krav som stilles ved nyansettelser, faglige og språklige kvalifikasjoner. Kartleggingen vil danne grunnlag for å vurdere andre eventuelle tiltak for å bedre språkkunnskapene.

Tilskudd til psykiatrisk forskningssenter i Troms og Finnmark blir brukt til støtte av diverse pågående forskningsprosjekter. Bevilgningen foreslås videreført i 2001.

Forslag 2001

I 2001 foreslås bevilgningen styrket med 3 mill. kroner og fordelt på følgende tiltak:

Stimuleringstiltak i primærlegetjenesten og tilskudd til psykiatrisk forskningssenter videreføres. Fortsatt er det nødvendig å videreføre og styrke stimuleringstiltak som tar sikte på bedring av tannlegedekningen i distriktene. Rekruttering av tannleger og sykepleiere fra EØS-land videreføres. Det vurderes også å rekruttere personell fra land utenfor EØS.

Departementet vil vurdere om deler av godkjenningsordningen for medisinske kandidater fra land utenfor EØS-området bør endres.

Departementet vil i løpet av 2001 foreta en evaluering av de ulike stimuleringstiltakene.

Post 61 Utdanningstiltak, turnustjeneste m.v.

Formålet med bevilgningen er å bedre tilgangen på kvalifisert personell til helsetjenesten. Det er særlig innenfor fire felt det er viktig å arbeide. Tiltakene vil i hovedsak bli videreført i 2001. Disse feltene er:
- turnustjeneste for helsepersonell
- videreutdanninger for høgskoleutdannet personell
- etter- og videreutdanninger for personell med hels-/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 837 turnusårsverk. Departementet vil i løpet av høsten 2000 sende på høring en rapport med forslag til organisering og administrering av turnustjensten for leger. 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.

I 2000 ble det gitt midler til etter- og videreutdanninger for høgskoleutdannet personell innen eldreomsorg, miljøarbeid og rusmiddelomsorg. Midler til videreutdanninger i høgskolesystemet ble overført til Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet for videre overføring til høgskolene.

Videre ble det overført midler til kommuner/fylkeskommuner etter søknad til fylkesmann. Både i 1998 og 1999 deltok ca. 1000 i slik opplæring av 6 måneders varighet eller mer med

støtte fra arbeidsgiver. Sosial- og helsedepartementet vil vurdere om det skal gjøres endringer mht hvilke utdanninger som skal prioriteres.

Innen etter- og videreutdanninger for personell med helse-/sosialfag fra videregående opplæring ble det gitt økonomisk støtte til etter- og videreutdanning for hjelpepleiere og andre med helse-/sosialfag fra videregående opplæring. I 1998 deltok 1421 personer og i 1999 deltok 1145 i slik opplæring av 6 måneders varighet eller mer.

Utvikling av læreplaner for videreutdanninger for personell med videregående opplæring fortsetter i 2000. Målgruppen er hjelpepleiere og andre med helse- og sosialfag fra videregående opplæring. I alt 13 fylkeskommuner står for utprøving av læreplaner innen ulike fagområder. Utprøvingen vil avsluttes i 2001.

Midlene til desentralisert sykepleierutdanning ble i 2000 som i 1999 overført til Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, som fordelte beløpet til høgskoler som tilbyr desentralisert sykepleierutdanning, fortrinnsvis på deltid. Utdanningen skal legges spesielt til rette for erfarne hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Bevilgningen ble i 2000 fordelt på 445 nye studieplasser.

Post 62 Bedriftsinterne videreutdanninger

Bedriftsinterne videreutdanninger av helsepersonell

Tilgangen på helsepersonell med nødvendig videreutdanning har vært en begrensende faktor i forhold til å øke aktiviteten på sykehusene. Utdanningen av spesialsykepleiere m.v. finansieres av sykehuseier. Staten har stimulert utdanningsvirksomheten ved å gi tilskudd. I 2000 var det avsatt 21,2 mill. kroner til slike tilskudd. Det ble gitt støtte til 620 studenter i videreutdanning i anestesi-, intensiv-, operasjons-, onkologisk og pediatrisk sykepleie. Satsningen har gitt en økning på 11,5 pst. i utførte årsverk av spesialsykepleiere fra 1998 til 1999. Som ledd i gjennomføringen av Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001 ble tilskuddet fra og med 1999 overført til fylkesmannen for å se tilskuddene i sammenheng med behovet for etter- og videreutdanning av personell med videregående opplæring.

I 2000 ble det også avsatt 2 mill. kroner til utdanning/rekruttering innen nyfødtmedisin.

På bakgrunn av den tilfredsstillende veksten i spesialsykepleiere og nedgangen i antall hjelpepleierårsverk, foreslås bevilgningen for 2001 disponert til støtte til bedriftsintern etterutdanning i sykehus. Det foreslås bevilget 16,2 mill. kroner til dette. 7 mill. kroner foreslås bevilget til utdanning av sykepleiere i nyfødtomsorg.

Utdanning av stråleterapeuter

Det er en målsetting å øke utdanningskapasiteten for stråleterapeuter for å møte den økte etterspørselen som følger av kreftplanen. En utredning fra Norgesnettrådet har foreslått en alternativ modell for stråleterapiutdanning i forhold til forslaget i kreftplanen. I utredningen, som har fått bred støtte gjennom høringsrunden, foreslås det å beholde den felles grunnutdanningen for radiografer og stråleterapeuter, men at videreutdanningen i stråleterapi modulbaseres og føres inn i høyskolesystemet som oppdragsundervisning. En slik modell vil kunne starte opp i 2001. Det vises til nærmere omtale under kap. 739, post 65 Kreftbehandling m.m.

Utdanningskapasiteten for stråleterapeuter er økt fra 10 plasser i 1996 til 39 plasser i 2000. I 2000 ble det totalt utdannet 23 stråleterapeuter, mens det for studieåret 2000/2001 er et opptak på 39 studenter, hvorav 26 ved Det Norske Radiumhospital og 13 ved Haukeland sykehus. Utfordringen 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 videreutdanning i stråleterapi.

For studieåret 2001/2002 foreslås utdanningskapasiteten økt med inntil 15 studenter på landsbasis. Det gis mulighet for at andre grupper enn radiografer kan søke på utdanningen, gitt at kravene til forkunnskaper er oppfylt. Det foreslås en økning på 2 mill. kroner i bevilgningen til utdanning av stråleterapeuter i 2001 som ledd i oppfølgingen av Nasjonal kreftplan.

Det foreslås bevilget 12,8 mill. kroner til dette formålet i 2001.

Post 71 Tilskudd til kurs og stipendier til personell innen helsevesenet

Formålet med bevilgningen er å øke kompetansen til personell innen helsevesenet.

Midlene i 2000 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. Nedskrivning av studielån er benyttet som virkemiddel for å styrke rekrutteringen til legestillinger i de utvalgte kommunene. Ordningen er blitt videreført, og det ble i 1999 og 2000 bevilget 0,25 mill. kroner til formålet. Bevilgningen er videreført i 2001.

På bakgrunn av et stort antall ledige legestillinger og tannlegestillinger i henholdsvis kommunehelsetjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten foreslo departementet, i tillegg til ovennevnte nedskrivningsordning, en prøveordning med nedskriving av studielån over 5 år i områder av landet med stor ledighet og mangel på stabilitet. Etter at ordningen ble kjent har departementet mottatt en rekke reaksjoner der ordningen blir oppfattet som urettferdig og derfor kan virke destabiliserende. Ordningen foreslås derfor foreløpig utsatt og vurdert på nytt etter at evalueringen av de igangsatte stimuleringstiltakene foreligger i 2001.

Programkategori 10.10 Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på kapitler:

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001	Pst. endr. 00/01
0710	Statens institutt for folkehelse (jf. kap. 3710)	346 162	305 300	320 100	4,8
0711	Statens rettstoksikologiske institutt (jf. kap. 3711)	70 863	57 260	52 160	-8,9
0712	Statens helseundersøkelser (jf. kap. 3712)	52 306	40 459	47 920	18,4
0713	Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (jf. kap. 3713)	25 098	36 770	36 800	0,1
0714	Statens tobakksskaderåd (jf. kap. 3714)	34 684	41 690	42 700	2,4
0715	Statens strålevern (jf. kap. 3715)	103 247	45 400	80 850	78,1
0716	Kreftregisteret (jf. kap. 3716)	37 924	27 983	32 800	17,2
0718	Rehabilitering	122 895	115 527	11 400	-90,1
0719	Helsefremmende og forebyggende arbeid	174 403	121 600	116 050	-4,6
	Sum kategori 10.10	967 582	791 989	740 780	-6,5

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på postgrupper:

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001	Pst. endr. 00/01
01-23	Statens egne driftsutgifter	728 581	590 950	647 630	9,6
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	16 681	10 629	12 850	20,9
50-59	Overføringer til andre statsregnskap		24 200	26 900	11,2
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	172 230	111 000		-100,0
70-89	Andre overføringer	50 090	55 210	53 400	-3,3
	Sum kategori 10.10	967 582	791 989	740 780	-6,5

Programkateogori 10.10 omhandler hhv. kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering. For en nærmere omtale vises det, dersom ikke annet er nevnt, til de enkelte budsjettkapitler under programkategorien.

Overordnet formål med programkategorien

Kommunehelsetjenesten skal fremme folkehelse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold. Den skal være en pådriver overfor andre sektorer og medvirke i helsefremmende og forebyggende

arbeid. Befolkningen i kommunen skal gis et dekkende, faglig forsvarlig og effektivt tilbud med utgangspunkt i lokale behov. Kommunehelsetjenestens oppgave er også å sikre trygghet for at alle får hjelp til diagnostisering og så langt som mulig behandling av sykdom og rehabilitering. De kommunale tjenestene er ledd i en behandlingskjede 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. Allmennlegetjenesten har her en viktig rolle, og innføring av fastlegeordningen vil bidra til å styrke muligheten for samordning i primærhelsetjenesten. Også helsetjenesten i fylkeskommunene har ansvar for å yte rehabiliteringstjenester til de som har behov for det.

Etter stortingsbehandlingen av St.meld. nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid, jf. Innst. S. nr. 118 (1993-94), har det vært satset på mange fronter i folkehelsearbeidet, bl.a. i form av tverrdepartementale handlingsplaner og andre tverrsektorielle tiltak rettet mot spesielle lidelser/sykdommer, risikofaktorer, og styrking av beskyttelsesfaktorer. Til grunn for satsingen ligger de vedtatte målene for hovedinnsatsområdene med konkrete målformuleringer (jf. forrige års St.prp. nr. 1).

Nærmere om oppgavefordeling

På nasjonalt nivå er de statlige forebyggingsinstitusjonene premissleverandører når det gjelder spisskompetanse og fagutvikling. Fylkeslegene er et viktig bindeledd mellom staten og helsetjenesten på fylkeskommunalt og kommunalt nivå. Innenfor det helsefremmende arbeidet er nærmiljøene og lokalsamfunnet hovedaktørene i kommunene. Fylkeskommunene har rollen som tjenesteytere og planleggere.

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 smittevernloven, tobakksskadeloven, atomenergiloven, strålevernloven og deler av kommunehelsetjenesteloven ligger til grunn for forvaltning av helsefremmende og forebyggende arbeid.

Sosial- og helsedepartementet har videre ansvar for næringsmiddelloven og lov om samordnet næringsmiddelkontroll. Dette omfatter bl.a. hygiene ved produksjon og frambud av næringsmidler, merking av mat, bestemmelser om innhold av tilsetningsstoffer m.m. og drikkevannskvalitet. Statens næringsmiddeltilsyn forvalter den samlede lovgivning om næringsmidler og kosmetikk. Landbruksdepartementet har det samlede budsjett- og administrative ansvar for Statens næringsmiddeltilsyn, og det vises til St.prp. nr. 1 Landbruksdepartementet.

Arbeidet med oppfølging av NOU 1996:10 Effektiv matsikkerhet følges opp gjennom et samarbeid mellom Fiskeridepartementet, Landbruksdepartementet, Nærings- og handelsdepartementet og Sosial- og helsedepartementet. NOU'en foreslo som kjent en samling av dagens fem næringsmiddellover til en felles lov, ett tilsyn og forankring av næringsmiddelkontrollen i ett departement (SHD).

Sosial- og helsedepartementet har sendt på høring forskrift om habilitering og rehabilitering med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven, der det vil framgå hva som er kommunehelsetjenestens og fylkeshelsetjenestens ansvar for rehabilitering og habilitering. Det vises til nærmere omtale under kap. 718 Rehabilitering.

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 personer 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 forebyggingsinstitusjonene, 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 forslag til ny egenbetalingsordning for opptreningsinstitusjonene. Bevilgningen til rehabilitering i fylkeskommunene, jf. kap. 718.60, er fra og med 2001 lagt

inn i rammen til fylkeskommunene og bevilges over kap. 571, post 60 under Kommunal- og regionaldepartementet.

Personelloversikt

Det har i de senere årene vært en aktivitetsøkning i kommunehelsetjenesten målt i antall utførte årsverk. Både for leger, fysioterapeuter, jordmødre og helsesøstre har det vært vekst i årsverk og dekningsgrad fra 1998 til 1999.

I allmennlegetjenesten har antall utførte årsverk økt fra 3 444 i 1998 til 3520 i 1999. Utviklingen i retning av flere avtalehjemler for privat praksis og færre fastlønnsstillinger har fortsatt. I 1999 utførte leger arbeid tilsvarende 224 årsverk i institusjoner for eldre og funksjonshemmede. Dette utgjør om lag 6 prosent av legene sin totale arbeidsinnsats. Antall utførte årsverk av fysioterapeuter er økt fra 3 367 i 1998 til 3 437 i 1999. Dersom årsverk i eldreomsorgen tas med, er det 108 flere fysioterapiårsverk i 1999 enn i 1998.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Antall utførte årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten økte fra 2817 i 1998 til 2859 i 1999. Årsverkene fordelte seg slik i 1999:

Leger	226 årsverk
Fysioterapeuter	287 årsverk
Jordmødre	265 årsverk
Helsesøstre og annet personell	2080 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.

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 skal iverksettes fra 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.

Regjeringen vil følge opp handlingsplanen "Vold mot kvinner" slik at voldsofre sikres den hjelp de har krav på. Ofre utsatt for alvorlig kriminalitet vil ofte komme i en helsemessig og økonomisk vanskelig situasjon. Det skal etableres egne rutiner for mottak av volds- og voldtektsofre ved alle legevakter. Ved siden av å lette oppklaringen av forbrytelsene, skal legevaktene sette ofrene i kontakt med andre hjelpeinstanser som krisesentre, barnevern, bistandsadvokat, psykolog og politi.

Kap. 0710 Statens institutt for folkehelse (jf. kap. 3710)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	221 122	194 100	201 600
21	Formidlingsvirksomhet	119 400	106 300	113 500
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	5 640	4 900	5 000
	Sum kap 0710	346 162	305 300	320 100

Overført fra 1999 til 2000:
Post 45: 354 000 kroner

Formål og hovedprioriteringer

Statens institutt for folkehelse har som mål å bedre befolkningens helse og bidra til en god forvaltning av samfunnets ressurser i helserelaterte spørsmål. Instituttet driver egen forskning og produktutvikling, omsetter forskningsresultater til praktisk bruk og sammenstiller og formidler kunnskap.

Folkehelsa gir råd, veiledning og informasjon om forebygging og helsefremming til Sosial- og helsedepartementet, andre myndigheter, beslutningstakere og fagpersonell i helsetjenesten og en rekke andre brukere i offentlig og privat sektor. Folkehelsa deltar i et omfattende internasjonalt samarbeid om helseovervåking, forskning og tjenesteyting.

Hovedmål 1: Forebygge og bekjempe sykdommer som skyldes mikroorganismer.

Hovedmål 2: Forebygge sykdommer og helseskader som skyldes kjemiske og fysiske miljøfaktorer.

Hovedmål 3: Hjelpe samfunnet å treffe beslutninger om forebygging og behandling.

Resultatrapport 1999/2000

Hovedmål 1 Forebygge og bekjempe sykdommer som skyldes mikroorganismer

Et nasjonalt dataregisteringsprogram for sykehusinfeksjoner er tatt i bruk av enkelte sykehus.

Arbeidet med næringsmiddelbårne infeksjoner er styrket i forbindelse med et forventet økt smittepress når matvaremarkedet i økende grad blir globalisert. Det er særlig lagt vekt på systemer for å kunne identifisere og oppklare utbrudd av Campolybacter-, Salmonella- og EHEC-infeksjoner ved bruk av laboratorie-epidemiologiske metoder.

Når det gjelder vaksinevirksomheten ved Folkehelsa vises det til fyldig redegjørelse i St.prp. nr. 61 (1999-2000) Omprioriteringer og tilleggsbevilgninger på statsbudsjettet 2000.

Folkehelsa har bidratt til gjennomføring av Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996-2000, som er forlenget ut 2001. Det vises til omtale under kap. 719, post 70.

Arbeidet med dokumentasjon til WHO som kan gjøre at Norge blir erklært poliofritt er fulgt opp, og det er gjennomført flere kurs for helsearbeidere i nordvest-Russland og Baltikum.

Intensivert overvåking og rådgivning om forebyggende tiltak har bidratt til at det store utbruddet av hepatitt A og B blant stoffmisbrukere nå ser ut til å være over.

Informasjon til befolkningen og helsearbeidere om smittsomme sykdommer er gjort tilgjengelig på internett. Implementering av Meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS) på nettet er noe forsinket.

Hovedmål 2 Forebygge sykdommer og helseskader som skyldes kjemiske og fysiske miljøfaktorer

Det er etablert laboratorieanalyser av innemiljø som et tilbud til kommunehelsetjenesten og andre. Det er gjennomført en studie av innemiljøet i 24 barnehager i Oslo. Folkehelsa deltar i en stor europeisk studie om astma og allergi hos barn (ISAAC), der en ser på årsakene til ulikheter i forekomst.

Meldesystem for alvorlige allergiske reaksjoner på mat er operativt fra 1. juli 2000. Dette omfatter alvorlige reaksjoner i alle aldersgrupper.

Det er utviklet og avholdt etterutdanningskurs om tobakksforebygging i primærhelsetjenesten.

Viktige temaer i forbindelse med utredning og rådgivning overfor forurensnings- og næringsmiddelmyndighetene har vært bl.a. byluft, kjemikalier, dioksinforurensning i Belgia og genmodifiserte produkter. Det har vært utført kompetanseutviklende forskning om bl.a. veistøv, hormonlignende kjemikalier og fremmedstoffer i mat.

Personskaderegisteret er videreutviklet og omorganisert slik at det gir bedre mulighet til å følge utviklingen av skadetallene, og grunnlag for en mer systematisert og kunnskapsbasert skadeforebygging i Norge. Folkehelsa ivaretar sekretariatsfunksjonen for "Trygge lokalsamfunn".

Folkehelsa har fortsatt sekretariat for Program for vannforsyning, som skal påvirke kommuner og vannverkseiere til å foreta nødvendig utbedring av vannverk som ikke tilfredsstiller gjeldende krav. Det er i første halvår 2000 gitt tilskudd eller innstilling om tilskudd til utbedring av vannforsyningen til ca. 25 000 personer, og behandlet søknader for ytterligere 9000 personer hvor kostnadene er såpass små at det er naturlig at abonnentene selv dekker disse.

Hovedmål 3 Hjelpe samfunnet å treffe beslutninger om forebygging og behandling

Nasjonalt helseindikatorsystem (Norgeshelsa) har vært operativt fra år 2000, og skal gi en samlet oversikt over de viktigste helsedataene i samfunnet på en brukervennlig måte 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 nyfødtkohorten "Den norske mor og barn undersøkelsen" har vært utsatt i påvente av tilstrekkelig finansiering. Forskningen innen genetisk epidemiologi er imidlertid styrket bl.a. gjennom oppbygging av et laboratorium knyttet opp mot "Den norske mor og barn undersøkelsen".

Instituttet leder for tiden den internasjonale Cochrane-organisasjonen som samler kunnskap om effekten av tiltak med virkning på helse og sykdom. Instituttet utvikler tjenester som skal yte kunnskapsbasert beslutningsstøtte. Målgrupper i 1999 har vært Sosial- og helsedepartementet og fylkes- og kommunehelsetjenesten.

Det har vært gitt faglig støtte til helsestasjons- og skolehelsetjenesten gjennom kunnskapsformidling og kompetanseoppbygging, samt kurs i samfunnsmedisin.

Tilstandsvurdering

Det vises til omtale under kap. 719.

Satsingsområder og resultatmål for 2001

Hovedmål 1 Forebygge og bekjempe sykdommer som skyldes mikro-organismer

Oppfølging av tiltakene i "Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens" i samarbeid med relevante fagmiljøer. Oppgavefordeling i henhold til planen er under arbeid.

Implementere systemer for elektronisk melding om smittsomme sykdommer i Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) og bedre informasjon til publikum, særlig via internett, om smittsomme sykdommer og vaksiner.

Bistå i arbeidet med å utforme nye forebyggingsstrategier etter avvikling av Handlingsplanen mot HIV/AIDS-epidemien ved utgangen av år 2001. Mht. HIV/AIDS, seksuelt overførbare sykdommer og andre smittsomme sykdommer, satses det nå spesielt på styrking av informasjon og kompetanseoppbygging i forhold til flyktninger, asylsøkere og andre med etnisk minoritetsbakgrunn.

Oppbygging av det laboratoriebaserte epidemiologiske tuberkulosearbeidet med sikte på å møte den økende trusselen som tuberkulose utgjør, herunder også multiresistente tuberkelbasiller. Det vil bli etablert et eksternt opplegg for kvalitetskontroll for landets øvrige laboratorier med hensyn på tuberkulosediagnostikk.

Sikre WHOs krav til nasjonal dokumentasjon av innesluttet bruk og lagring av poliovirus. Dette skal sammen med pågående arbeid med nasjonal overvåking bidra til WHOs mål om en poliofri verden.

Oppfølging og iverksetting av tiltakene i Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa i samarbeid med relevante fagmiljøer.

Styrke smittevernet i kommunehelsetjenesten gjennom fagmøter og utarbeidelse av håndbok i smittevern.

Styrke arbeidet med skadedyrbekjempelse i henhold til foreslåtte nye forskrifter, blant annet ved igangsetting av kurs for skadedyrbekjempere med tanke på offentlig autorisasjon.

Starte prøveproduksjon av influensavaksine. Ferdigstille og sende inn søknad om markedsføringstillatelse for vaksine mot meningokokksykdom gruppe B.

Hovedmål 2 Forebygge sykdommer og helseskader som skyldes kjemiske og fysiske miljøfaktorer

Folkehelsa har sekretariatet for Program for vannforsyning (1995-99). Programmet er foreslått forlenget for en ny femårsperiode. I løpet av år 2001 skal vannverk til ytterligere 100 000 personer med utilfredsstillende vannforsyning utbedres til å bli tilfredsstillende.

Bistå sentrale og lokale helsemyndigheter med rådgivning om gjennomføringen av Nasjonal handlingsplan for miljø og helse og Lokal Agenda 21.

Bistå sentrale og lokale myndigheter med forskningsbasert kunnskap og skadedata i oppfølgingen av Handlingsplanen for forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid (1997-2002).

Drive tobakksforebyggende arbeid med primærhelsetjenesten som målgruppe.

Videreføre arbeidet med å samle kunnskap om årsaker til astma og allergi gjennom ulike studier.

Hovedmål 3 Hjelpe samfunnet å treffe beslutninger om forebygging og behandling

Videreutvikle det nasjonale helseindikatorsystemet (Norgeshelsa), som skal gi en samlet oversikt over de viktigste helsedataene til samfunnet.

Igangsetting av hovedprogrammet i nyfødtkohorten "Den norske mor og barn undersøkelsen", inkludert styrket infrastruktur og omfattende informasjonstiltak til publikum.

Ferdigstille evaluering av tiltak for å øke bruken av ordningen med aktiv sykemelding.

Bistå implementering av prosjekt om utvikling av indikatorer på kommunenes innsats i forebyggende og helsefremmende arbeid, med sikte på å innarbeide disse i relevante statistikk- og rapporteringssystemer, bl.a. KOmmune-STat-RApportering (KOSTRA).

Gi kunnskapsbasert støtte til beslutningstakere vedrørende effekter av helsetiltak.

Forebygge uønskede tenåringssvangerskap gjennom et samarbeid mellom Folkehelsa og Oslo kommune.

Satsingsområdet genetisk epidemiologi, hvor hensikten er å kartlegge betydningen av samspillet mellom arv og miljø for å utvikle sykdom, føres videre gjennom enkeltprosjekter.

Ansvaret og driftsmidlene for forskningssenteret i Verdal – som ivaretar den daglige driften av HUNT (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) – overføres fra Folkehelsa til NTNU i 2001, jf. nærmere omtale under kap. 719, post 21.

Gjennomføre to prosjekter for å evaluere effekten av "skreddersydde intervensjoner" for å innføre gode kliniske retningslinjer i allmenpraksis. Utvikle et databasert kvalitetssikringsprogram knyttet til allmenpraktikerens elektroniske pasientjournalsystemer.

Evaluere forsøk på å forbedre kvaliteten av helseopplysning i massemedia.

Faglig støtte til helsestasjons- og skolehelsetjenesten gjennom tilførsel av pålitelig kunnskap og kompetanseoppbygging for personellet.

Merknader til budsjettforslaget for 2001

Post 01 foreslås styrket med 2 mill. kr overført fra kap. 719, post 21 til å dekke permanent drift av helseindikatorsystemet Norgeshelsa, og 0,5 mill. kroner fra kap. 719, post 21 til styrking av registerfunksjonene ved Medisinsk fødselsregister, særlig i forbindelse med registrering av nemndbehandlede aborter etter 12. svangerskapsuke. 0,8 mill. kroner overføres til kap. 719, post 21 i forbindelse med at ansvaret for forskningssenteret i Verdal overføres til NTNU.

Post 01 er videre styrket med 1 mill. kroner overført fra kap. 719, post 21, og post 21 er styrket med 4 mill. kroner, til sammen 5 mill. kroner, til igangsetting av hovedprosjektet under mor-barn-undersøkelsen.

Netto styrking blir 2,7 mill. kroner på post 01 og 4 mill. kroner på post 21.

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 426 pr. 1. mars 1999 og 435 pr. 1.mars 2000.

Kap. 3710 Statens institutt for folkehelse (jf. kap. 710)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
02	Salgs- og leieinntekter	105 798	65 640	67 609
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	435		
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	1 613		
17	Refusjon lærlinger	109		
	Sum kap 3710	107 955	65 640	67 609

Post 02 Salgs- og leieinntekter

Posten omfatter bl.a. salg av medisinske produkter, vaksiner, salg av dyr og dyreprodukter samt godtgjørelse for undersøkelser og andre oppdrag.

Kap. 0711 Statens rettstoksikologiske institutt (jf. kap. 3711)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	69 573	53 333	46 160
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	1 290	3 927	6 000
	Sum kap 0711	70 863	57 260	52 160

Overført fra 1999 til 2000:
Post 01: 1 559 000 kroner
Post 45: 2 570 000 kroner

Formål og hovedprioriteringer

Statens rettstoksikologiske institutt (SRI) ble opprettet i 1969 for å ha et nasjonalt ansvar for bevissikring, analyse og fortolkning av rusmidler, medikamenter og gifter i prøver fra personer hvor analysesvaret kan få strafferettslige eller tilsvarende konsekvenser. Instituttet er akkreditert for analysevirksomheten gjennom Norsk Akkreditering.

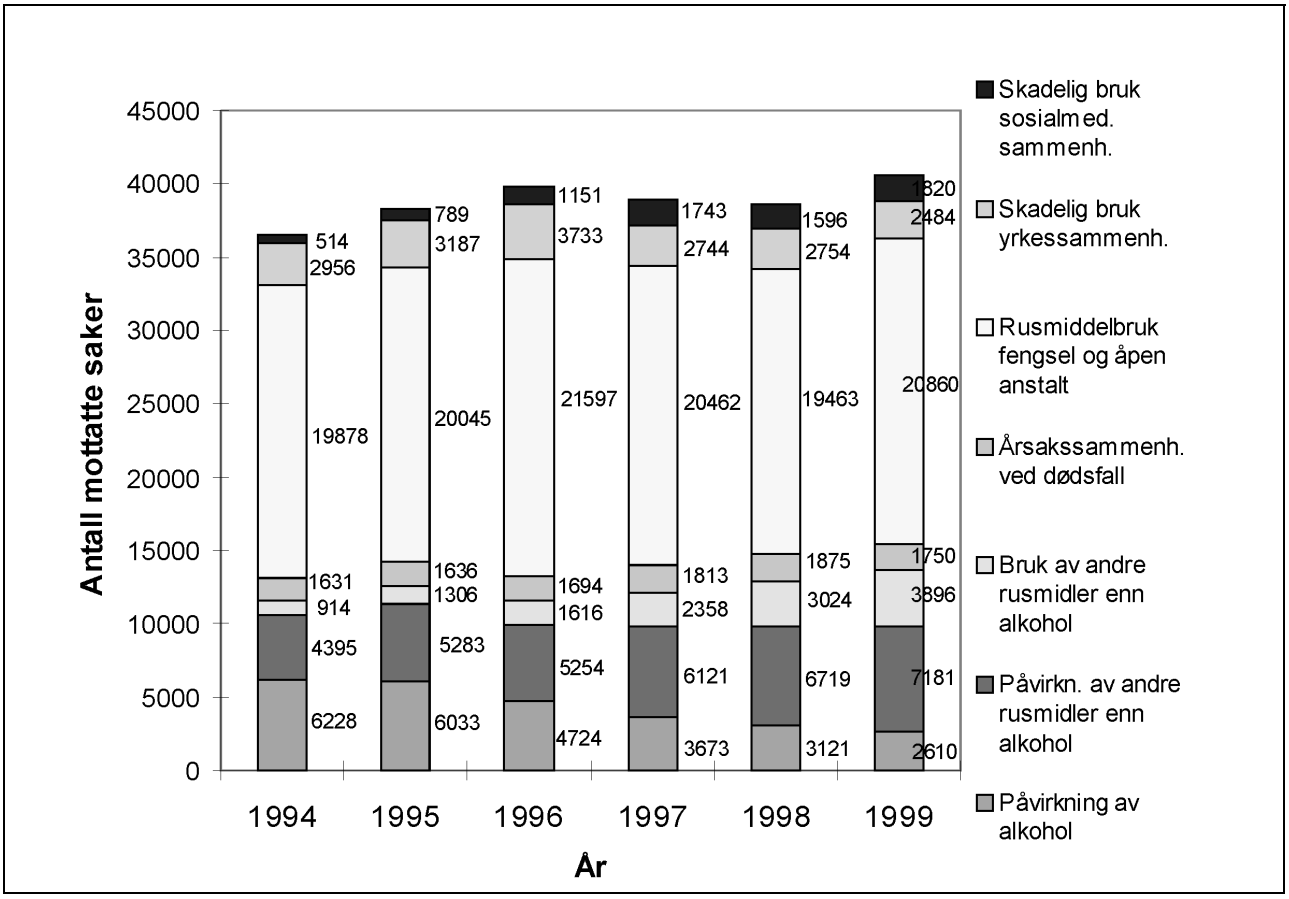
Det overordnede mål for virksomheten er: Færre rusmiddel- og medikamentskader.

Hovedmål 1: Avgi rettssikre besvarelser på spørsmål om skadelig bruk av rusmidler og medikamenter hos enkeltindivider
Hovedmål 2: Øke kunnskapen i samfunnet om virkningene av rusmidler og medikamenter

SRI mottar prøver fra politiet, rettsvesenet, kriminalomsorgen, yrkeslivet og sosialomsorgen. Gjennom sin analyse- og fortolkningsvirksomhet kan instituttet si noe om utviklingen mht påvirkning og bruk av rusmidler og medikamenter i samfunnet. Instituttet er kontrollaboratorium for andre laboratorier som utfører rusmiddelanalyser i landet. Biomedisinsk forskning vedrørende rusmidlenes virkninger er en prioritert oppgave. Overfor en rekke målgrupper gjennomfører SRI undervisning og informasjonsvirksomhet om rusmidlenes virkning og omsetning i kroppen.

Resultatrapport 1999

Figur 13.2 viser totalt antall mottatte saker og fordelingen av disse etter sakskategori de siste 6 år. Figuren viser at totalt antall mottatte saker til SRI i 1999 er ca. 5 pst. høyere enn tilsvarende tall for 1998. Kostnadene knyttet til saker i hver sakskategori er svært forskjellig.



Figur 13.2 Statens rettstoksikologiske institutt. Fordeling av antall mottatte saker etter prøvekategori de siste 6 år

Resultatene fra 1999 bekrefter en bekymringsfull trend i veitrafikksaker med øket frekvens av rusmiddelfunn og større grad av blandingsbruk. Det var i 1999 like mange saker med mistanke om rusmiddelbruk utenom alkohol som saker med mistanke om bare alkoholpåvirkning. De stoffer som oftest finnes i slike saker er THC (det aktive virkestoff i cannabis), amfetamin, diazepam (virkestoff i bl.a. Valium/Vival), flunitrazepam (virkestoff bl.a. i Rohypnol), morfin og 6-monoacetylmorfin (6-MAM, omdannelsesprodukt av heroin).

Antall mottatte saker knyttet til mistenkelige dødsfall har vært uforandret de siste årene, og det forventes ingen vesentlige endringer i årene som kommer.

Antall saker fra fengsler og kriminalomsorg i frihet har vært uforandret de siste årene. Som for vegtrafikksakene, har det for disse områdene vært en økning i forekomsten av de mest vanlige stoffene, og i 1999 ble det i 15 pst. av disse sakene påvist rusmidler.

Antall yrkeslivssaker i 1999 var 11 pst. lavere sammenlignet med 1998, mens antall sosialmedisinske saker har hatt en tilsvarende økning.

Svartiden for 95 pst. av sakene var i 1999 for de ulike rekvirentgruppene 1-13 uker. Svartiden har økt ca. 50 pst. i perioden 1997-1999. Dette skyldes i hovedsak økt kompleksitet (nye stoffer og kombinasjon av flere stoffer pr. prøve) og at antallet positive prøver har økt (krever bekreftelsesanalyser).

SRI har stor pågang fra rekvirenter og andre om blant annet trender for rusmiddelbruk i vegtrafikken og om den relative toksisiteten av medikamenter som anvendes i befolkningen. Instituttet driver egen FoU virksomhet for å opprettholde og styrke denne fagkompetansen. Instituttet deltar i et EU prosjekt som har til hensikt å se på alternative metoder for å gjøre veikantundersøkelser for å oppdage rusmiddelpåvirkede bilførere.

Tilstandsvurdering

Antall tilfeller med mistanke om og påvisning av medikamenter og andre rusmidler enn alkohol i veitrafikksaker øker fra år til år. De som pågripes er ofte rusmiddelmisbrukere og det påvises som regel 2-3 stoffer i en og samme prøve. Misbruk av

nyere sovemidler som er på markedet, påvises også stadig hyppigere i vegtrafikksaker. En stor andel av de pågrepne og dømte blir arrestert på nytt i løpet av få år for samme forhold og opptrer som gjengangere i SRI's materiale.

For alle typer saker som kommer til SRI påvises det rusmidler i en økende andel av prøvene, og antall stoff som påvises per prøve er økende

GHB (gammahydroksysmørsyre) har fått mye oppmerksomhet i mediene, men sammenlignet med andre stoffer utgjør funn av GHB prosentvis en ubetydelig andel i det materialet SRI mottar til analyse. Det er likevel verdt å merke seg at GHB er påvist både i veitrafikksaker og i saker med spørsmål om forgiftninger og i forbindelse med dødsfall. I disse sakene har inntak av GHB vært medvirkende til svært alvorlige/fatale konsekvenser.

Satsingsområder og resultatmål for 2001

SRI vil fortsette arbeidet med å effektivisere analysevirksomheten. Gjennom slik effektivisering vil en større del av ressursene kunne settes inn på å løse spesialsaker, øke antall nye analysemetoder, styrke kvalitetssikringsarbeidet og bedre oppfølgingen av utviklingsprosjektene. Instituttet har som mål at dette vil gi seg utslag i mer enn en halvering av svartiden for rutinesakene, at man skal være i stand til å analysere flere typer legemidler og rusmidler og at kvalitetsikringen og tolkningen av analyseresultater kan styrkes ytterligere. Dette vil SRI synliggjøre i sin serviceerklæringen som vil være klar ved utgangen av 2000.

Veitrafikksaker med mistanke om påvirkning og bruk av andre rusmidler enn alkohol, har de siste årene økt med 10-20 pst. pr. år. Finansieringen av denne type analyser er fra 2000 flyttet ut til det enkelte politidistrikt. Det knytter seg usikkerhet til om den nye finansieringsmåten vil medføre en nedgang i antall veitrafikksaker i årene som kommer.

Det forventes ingen betydelig økning i saker med spørsmål om å avklare *mistenkelige dødsfall*. For *kriminalomsorgssaker* forventer SRI 20 pst. flere saker enn de som ble mottatt i 1999. Signalene fra andre land er at *yrkeslivssaker* vil øke i årene som kommer, men det er usikkert hvor mange av disse sakene som SRI vil komme til å motta. SRI forventer at antall *sosialmedisinske saker* vil kunne øke i årene som kommer. En del slike saker som hittil har vært analysert på noen av sykehuslaboratoriene, forventes i større grad å bli sendt til SRI som følge av det informasjonsarbeidet SRI har gjort mot denne rekvirentgruppen om blant annet rettssikkerheten knyttet til denne type analyser.

Fra 1997 til 1999 økte andelen positive prøver med over 20 pst. og antall stoffer pr sak økte med ca.10 pst. SRI forventer at disse tallene kommer til å øke ytterligere i årene som kommer samtidig som antall nye stoffer på det legale og illegale markedet vil øke. Dette vil medføre store utfordringer for SRI i årene som kommer med hensyn til å ha analysemetoder med høy kapasitet og å etablere nye rettsikre analysemetoder. I løpet av 2001 vil et nytt analyseprinsipp (LC/MS) bli tatt i bruk for flere rutinemetoder for å møte disse utfordringene.

Merknader til budsjettforslaget for 2001

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen reduseres med 8,3 mill. kr. Det er tidligere overført beløp fra Justisdepartementet til SRI for å dekke et grunnbeløp av politidistriktenes rusmiddelanalyser. Fra og med 1 januar 2000 har SRI fakturert politidistriktene direkte, jf. omtale i RNB-2000. Midlene føres derfor tilbake til Justisdepartementet.

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 91 pr. 1. mars 1999 og 94,5 pr. 1. mars 2000.

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 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
03	Diverse lønnsinntekter	18 342	730	752
16	Refusjon fødselspenger	639		
17	Refusjon lærlinger	182		
	Sum kap 3711	19 163	730	752

Post 03 Diverse lønnsinntekter

Inntektene gjelder sakkyndighetsuttalelser til rettsvesen og påtalemyndighet.

Kap. 0712 Statens helseundersøkelser (jf. kap. 3712)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	46 438	39 340	46 770
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	5 868	1 119	1 150
	Sum kap 0712	52 306	40 459	47 920

Overført fra 1999 til 2000:
Post 01: 382 000 kroner
Post 45: 3 260 000 kroner

Formål og hovedprioriteringer

Hovedmålet «SHUS skal arbeide for å fremme helse og å redusere risiko for sykdom» omfatter:

1. Innsamling, registrering og kvalitetssikring av data og biologisk materiale fra ulike befolkningsgrupper.
2. Rådgivning og rettledning til myndighetene om tiltak for å fremme helse og å redusere sykdom, om trender og om sykdomsutvikling.
3. Rådgivning til befolkningen og den enkelte deltaker i undersøkelsene om tiltak som virker inn på helsen.

Målstrukturen er noe omformulert, og resultatrapporten nedenfor retter seg mot målstrukturen i fjorårets budsjettforslag.

Resultatrapport 1999

Helseundersøkelser: Redusere risiko for og oppdage sykdom i tidlig stadium

SHUS evaluerte i 1998 sine hjerte-kar-undersøkelser, og forslo at disse fra og med 2000 skal erstattes av permanente, befolkningsrettede helseundersøkelser. Dette innebærer en endring fra primært å være et helsetilbud, til å rette seg mot trendovervåkning og innsamling av data til forskning og planlegging. Forslaget ble sendt ut på høring våren 1999, og høringsrunden avdekket ulike oppfatninger av behovet for denne typen opplegg. For å følge opp høringsuttalelsene nedsatte Sosial- og helsedepartementet en arbeidsgruppe for å utrede behovet for befolkningsrettede helseundersøkelser. Arbeidsgruppen, som har bestått av representanter fra de viktigste berørte epidemiologiske fagmiljøene i den sentrale helseforvaltningen, leverte sin rapport sommeren 2000. I rapporten konkluderes det med at helseundersøkelsene bør videreføres etter den modellen som er foreslått av SHUS, og at SHUS bør knytte til seg et fagråd med representanter fra ulike epidemiologiske miljøer. Arbeidsgruppens rapport er et viktig innspill til departementets

kommende vurdering av statlige oppgaver og organisering på forebyggingsfeltet, jfr. egen omtale av dette i budsjettproposisjonens innledningskapittel.

Det er gjennomført ca. 40 000 hjerte- og karundersøkelser, herav ca. 9 000 som en del av CONOR i Hordaland. Resten av hjerte-karundersøkelsene er utført i Vest-Agder, Møre og Romsdal, Sogn og Fjordane, Aust-Agder, Rogaland, Buskerud og Østfold. Overvåking av tuberkulosen gjennom meldingssystemet har fortsatt. Antallet rapporterte pasienter økte i 1998 og 1999. Analyse av data fra Det sentrale tuberkuloseregister har påvist svakheter i diagnostikk og behandling av tuberkulose. En økende andel av pasientene forsvinner fra behandlingen.

Et kombinert forsknings- og intervensjonsprosjekt ble startet i 1999 med fokus på tidlig diagnostikk og effektiv behandling av tuberkulose, med spesiell vekt på innvandrere.

Helseopplysning og helsefremmende arbeid

SHUS fortsatte i 1999 med metodeutvikling og kompetanseheving innen hvordan voksne kan bli bedre allierte for barn og unge. Dokumentasjon av metoden er lagt frem i en rapport.

Metodeutvikling og kompetanseheving i brukermedvirkning (PLA-metoden) fortsatte i 1999.

Kurs/seminarer om ressurskartlegging og tverrfaglig samarbeid basert på brukerstyrte metoder i helsefremmende arbeid med barn og unge ble gjennomført og evaluert.

Metodeutvikling innen kurs for kvinner i faresonen for belastningslidelser har fortsatt, med kurs for personell ved Sentralsykehuset i Akershus (SiA). Dokumentasjon og evaluering fra SiA foreligger.

Det ble etablert et formelt samarbeid med høgskolene i Vestfold og Akershus med sikte bl.a. på formidling av metoder i helsefremmende arbeid og tilgang på helsedata for studentene.

Brosjyre om tuberkulose (undersøkelser, symptomer, behandling) ble utgitt på flere språk.

Helseforskning: Skaffe ny viten om helseproblemers årsaksforhold og muligheter for forebygging

Av forskningsresultater i 1999 nevnes:

Resultater fra den kontrollerte undersøkelsen om hvorvidt tilskudd av vitamin D kan forebygge lårhalsbrudd og andre brudd hos institusjonaliserte eldre vil foreligge innen utgangen av 2000.

Både under- og overvektige hadde en høyere dødelighet enn normalvektige i en oppfølgingsstudie av menn som møtte til hjertekarundersøkelse på 1970-80-tallet. Betydelig overvektige ikke-røykere hadde lavere dødelighet enn normalvektige røykere.

Ved hjerte-karundersøkelsen i Hedmark ble det avdekket at kvinner fulgte gjeldende kostholdsanbefalinger bedre enn menn, og at personer med lang utdanning hadde et sunnere kosthold enn personer med kort utdanning.

En langtids oppfølging av personer som møtte til første hjerte-karundersøkelse i tre fylker i 1974-76, viste samme relative overdødelighet blant røykere i forhold til ikke-røykere blant menn og kvinner, men effekt av alder, varighet av røyking og varighet av oppfølgingen var forskjellig blant menn og kvinner.

Mesteparten av tuberkulosepasientene som rapporteres i Norge utvikler sykdom som følge av smitte for mange år tilbake. Dette er overraskende forskjellig fra Danmark og Nederland, der flertallet av sykdomstilfellene skyldes nysmitte.

Tilstandsvurdering

Antall dødsfall av hjerte- og karsykdommer under 70 år var 3470 per år i 1971-75 og 2212 per år i 1991-95. Dødeligheten er ennå ikke nede på samme lave nivå som ble registrert i 1951-55. Nivået av totalkolesterol og blodtrykk har gått ned siden tidlig på 70-tallet. På den annen side har vekten steget jevnt og andelen med fedme i alder 40-42 år er nå nær 15 pst.. I de aller seneste år synes kolesterolnedgangen å ha stanset opp. Om dette har vært ledsaget av en mindre gunstig dødelighetsutvikling, vet en ennå ikke. Heller ikke andel dagligrøykere blant 40-åringer har endret seg i de siste fem år og ligger rundt 36 pst. blant menn og 38 pst. blant kvinner i fylkene som er undersøkt i 1998-99.

De nye europeiske retningslinjene for beregning av risiko for hjerteinfarkt vil bety at en større andel av befolkningen vil bli definert som behandlingstrengende enn det som har vært tilfellet i forbindelse med hjerte-karundersøkelsene.

Selv om Norge er blant landene i Europa med lavest hyppighet av tuberkulose, var det en klar økning fra 1997 til 1999, mest fordi det var flere tilfeller blant innvandrere, som i 1999 utgjorde to tredeler av pasientene. Tuberkulose som er motstandsdyktig mot de vanligste medikamentene, er fortsatt relativt sjelden i Norge.

Forsinket diagnostikk bidrar til unødvendig smittespredning og at enkelte pasienter dør med aktiv tuberkulose. Ufullstendig medikamentkombinasjon sammen med mangelfull oppfølging under behandling fører til at enkelte pasienter forsvinner, ikke blir helbredet og utvikler resistent tuberkulose. Oppfølgingen etter kontroll av innvandrere ved ankomst er ofte mangelfull, og flytting av asylsøkere under behandlingsperioden har ofte medført behandlingsavbrudd.

Satsingsområder og mål for 2001

Helseundersøkelser

I 2000 gjennomfører SHUS en større helseundersøkelse i Oslo (HUBRO), som vil bli avsluttet høsten 2001. Etter dette starter bearbeiding av data og evalueringsarbeidet av CONOR.

En tilsvarende helseundersøkelse vil bli gjennomført i Oppland og i Hedmark. Også denne undersøkelsen vil bli avsluttet høsten 2001, og gjennomføres i samarbeid med de to fylkeskommunene og med lokalt forskningsmiljø. Det er besluttet at denne undersøkelsen også skal bli en del av CONOR.

Tuberkulose

- bidra til styrket diagnostikk og behandling av tuberkulose i Norge ved meldingssystemet for overvåking av tuberkulosesituasjonen, rådgivning til helsepersonell, forskning og internasjonalt samarbeid, blant annet i Nordvest-Russland og Baltikum
- en arbeidsgruppe under ledelse av departementet har arbeidet med en gjennomgang av gjeldende tuberkuloseforskrift som ledd i oppfølgingen av NOU1998:3 Utryddelse av tuberkulose? - Strategi for fremtidig tuberkulosekontroll. Departementet vil sende forslag til endringer i forskriften på høring høsten 2000. SHUS sin virksomhet vil inntil videre fortsette overfor høyrisikogruppene, eldre og innvandrere
- det vil innen tuberkulosearbeidet bli lagt større vekt på rådgivning og forskning

Helseforskning

- forskning innen tuberkulose om smittespredning, effekt av forebyggende behandling og risikofaktorer for forsinket diagnose og behandlingsavbrudd vil bli prioritert
- publisere resultater av analyser av hvilken innvirkning medikamentell blodtrykksbehandling ved moderat forhøyet blodtrykk har på total dødelighet og dødelighet av hjerteinfarkt
- gjennomføre prosjekter om vitamin D mangel og osteoporose som tilleggsundersøkelser til Helseundersøkelsen i Oslo
- ferdigstille veileder for forebygging og behandling av osteoporose
- fortsette samarbeidet med Ullevål sykehus og Nasjonalt register for leddproteser vedrørende risikofaktorer for protesekrevende hofteleddsarthrose
- bidra i nasjonale og internasjonale samarbeidsprosjekter, herunder "Kosthold, fysisk aktivitet og kreft" , "Inntak av fullkorn og kreft", "Insidens av hjerteinfarkt i Finnmark", "Barns fødselsvekt og foreldredød" og "Beregningsmodeller for hjertekarrisiko"
- studere sammenhengen mellom brystkreft og stråling i forbindelse med skjermbildefotografering
- utvikle dynamisk modell for betydning av røykevaner og endring i disse på sykelighet og dødelighet i Norge

Merknader til budsjettforslaget for 2001

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 75 pr. 1. mars 1999 og 78,8 pr. 1.mars 2000.

Kap. 712, post 01 og kap. 3712, post 02 er økt med 200 000 kroner grunnet justering av taksten for en støvlungeundersøkelse fra 130 til 150 kroner. Justeringen skyldes økte kostnader knyttet til gjennomføring av støvlungeundersøkelsene.

Det foreslås overført 6 200 000 kroner fra kap. 739 Andre utgifter, post 66 Mammografiscreening til å utføre oppgaver i forbindelse med mammografiscreeningsprogrammet i fylkene.

Kap. 3712 Statens helseundersøkelser (jf. kap. 712)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
02	Salgs- og leieinntekter	8 641	2 360	2 631
16	Refusjon fødselspenger	63		
	Sum kap 3712	8 704	2 360	2 631

Post 02 Salgs- og leieinntekter

Inntektene gjelder støvlungeundersøkelser, oppdragsinntekter m.v.

Kap. 0713 Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (jf. kap. 3713)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	25 098	36 770	36 800
	Sum kap 0713	25 098	36 770	36 800

Overført fra 1999 til 2000:
Post 01: 132 000 kroner

Formål og hovedprioriteringer

Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (SEF) er et kompetanse- og forvaltningsorgan under Sosial- og helsedepartementet i spørsmål som angår mat, ernæring og fysisk aktivitet i relasjon til helse. Ny rådsforsamling bestående av to fagråd for henholdsvis ernæring og fysisk aktivitet ble oppnevnt 1. mars 1999, som en konsekvens av at tidligere Statens ernæringsråd fikk faglig ansvar for saksområdet fysisk aktivitet innenfor statlig helseforvaltning. En viktig oppgave er å gi faglige råd til offentlige myndigheter, forskningsmiljøer, helse- og sosialtjeneste, skole- og barnehagesektoren, partene i arbeidslivet, frivillige organisasjoner, storhusholdninger, matvarebransjer, dagligvarehandel, media og forbrukere, samt i internasjonale spørsmål.

SEFs hovedmål er bedre helse i befolkningen gjennom økt fysisk aktivitet og et sunnere kosthold. SEF har følgende delmål:

Delmål 1 Dokumentasjon/overvåkning

- samle og systematisere dokumentasjon om sammenhengen mellom ernæring, fysisk aktivitet og helse i ulike grupper av befolkningen
- utarbeide anbefalinger på bakgrunn av vitenskapelig baserte utredninger om sammenhengen mellom ernæring, fysisk aktivitet og helse.

Delmål 2 Tiltak

- bidra til å påvirke rammevilkårene for et sunt kosthold og økt fysisk aktivitet
- bidra til at alle får økt innsikt i betydningen av fysisk aktivitet og et sunt kosthold.

Hovedfokus for tiltak er følgende anbefalinger: fysisk aktivitet minst en halv time om dagen, økt forbruk av frukt og grønnsaker og redusert inntak av fett til 30 energiprosent.

SOHO - Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver - er fra 2000 lagt inn under SEF, jf. omtale i St.prp. nr. 1 (1999-2000).

Resultatrapport 1999

Dokumentasjon/overvåkning

Arbeid med anbefalinger for fysisk aktivitet, både i forhold til befolkningen generelt og i forhold til enkelte grupper av befolkningen, ble påbegynt i 1999 og vil bli avsluttet i 2000. To kostnad-nytte rapporter ble publisert; en om økt forbruk av frukt og grønnsaker og en om saltforbruk og helse. Arbeidet med en rapport om vekt og helse ble avsluttet i januar 2000. Arbeidet med revisjon av anbefalinger for spedbarnsernæring ble påbegynt i 1999 og vil bli avsluttet i 2000. I 1998-99 ble den første nasjonale undersøkelsen av sped- og småbarns kosthold gjennomført, for publisering i 2000-01. Spørsmål relatert til regelverk for matvarer og risikovurderinger ble prioritert. Aktuelt i denne forbindelse er genmodifisert mat og beriking av matvarer. Arbeid med et system for overvåking av aktivitetsnivået, fysisk form og holdninger til fysisk aktivitet i ulike grupper av befolkningen er igangsatt og vil bli avsluttet i 2000. SEF samarbeider med Institutt for ernæringsforskning ved Universitetet i Oslo og Radiumhospitalet om et prosjekt hvor ernæringsstatus blant kreftpasienter blir kartlagt.

Tiltak

SEF har satset spesielt på områdene skole, arbeidsliv og helsetjeneste. Det er blitt lagt vekt på å samarbeide med forebyggingsrådgiverne ved fylkeslegekontorene i fem fylker i den hensikt å styrke det lokale helsefremmende og forebyggende arbeid. Abonnementsordningen "Frukt og grønt i skolen" ble i 1999 utvidet til å gjelde åtte fylker. I disse fylkene deltok til sammen 350 skoler og 30.000 elever, noe som utgjorde 45 pst. av elevene ved disse skolene. Ordningen forventes etablert i 5 nye fylker i 2000 og i resten av fylkene i skoleåret 2001/2002. Satsingen rettet mot å styrke skolemåltidet er også videreført, og blir evaluert i 2000. Innen arbeidslivet er kompetanseheving av kantinepersonell prioritert.

Det er blitt arbeidet med en plan for styrket innsats i helsetjenesten innen ernæring og fysisk aktivitet. Det ble gjennomført en annonsekampanje rettet mot gravide kvinner og de som planlegger å bli gravide, for å informere om behovet for folattilskudd. Nytt materiell om matvareallergi og intoleranse ble publisert.

Internasjonal ernæring

Arbeidet har i stor grad vært konsentrert om å følge opp SEFs samarbeidsavtale om rådgivning overfor NORAD og å videreføre institusjonssamarbeidet med helsemyndighetene i Zimbabwe og Palestina. SEF har også deltatt i arbeidet med å utvikle mat- og ernæringspolitikk i Europa, både i samarbeid med WHOs regionalkontor for Europa og i regi av EU-kommisjonen.

SOHO – Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver

Arbeidet har i 1999 vært knyttet opp til prioriterte oppgaver; SOHO-posten, SOHO-forum, nettverksarbeid og utvikling av møteplassfunksjon. Gjennom møter og samlinger for fylkeskomiteer, andre nettverk og nøkkelpersoner på folkehelsefeltet i fylkene, har SOHO bidratt til formidling av kunnskap og virkemidler på det helsefremmende feltet. SOHO har samarbeidet med Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, Statens tobakksskaderåd, Statens helsetilsyn, fylkeslegene og SHD om en forsterket innsats i det kreftforebyggende arbeidet når det gjelder kost, mosjon og røykfrihet.

Tilstandsvurdering

Befolkningen generelt beveger seg mindre enn tidligere, maten vi spiser inneholder fortsatt for mye fett, særlig mettet fett, fiskeforbruket er lavere enn ønskelig, kjøttforbruket er høyere enn noen gang, og forbruket av salt er om lag dobbelt så høyt som ønskelig. Sukkerforbruket er høyere enn ønskelig, og forbruket av mineralvann er svært høyt. Forbruket av frukt og grønnsaker er fortsatt for lavt, men viser en positiv utvikling. Dette forbruket har økt med 5 pst. i løpet av 1990-årene. Foreløpige data (SPEDKOST) viser at en svært høy andel av norske kvinner ammer; 80 pst. ammer fortsatt når barnet er 6 måneder gammelt. Dette er en gledelig økning siden 1993, da 65 pst. av barna ble ammet ved 6 måneders alder.

Sosiale, kulturelle og økonomiske ulikheter i befolkningen medfører særlig utfordringer mht. folkeopplysning og forebyggende virksomhet. Knapphet på tid ser ut til å bli en stadig viktigere begrunnelse for prioriteringer både når det gjelder hverdagsaktivitet og matvaner. Tidsbesparende teknologiske hjelpemidler, blant annet knyttet til transport, innebærer at vi i dag kan utføre de fleste oppgaver uten særlig fysisk bevegelse, og dermed har et mer stillesittende liv

enn tidligere. Tilbudet av nye treningsformer og apparatur er stadig økende, men produktene er ikke nødvendigvis basert på vitenskapelig dokumenterte effektstudier.

Internasjonalisering av matvaremarkedet vil ha omfattende konsekvenser for tilgjengeligheten av ulike matvarer i Norge og for kontroll og oversikt når det gjelder matvarers innhold av næringsstoffer og fremmedstoffer. Mat med påstander om medisinske virkninger, berikede matvarer, genmodifisert mat og mat som inneholder nye ingredienser, ser ut til å bli en del av det framtidige matvaremarkedet. Internasjonaliseringen kan også gi konsekvenser for norske myndigheters muligheter til å iverksette mat- og ernæringspolitiske tiltak. Et internasjonalt marked medfører imidlertid også positive endringer som et mer variert mattilbud, for eksempel av frukt og grønnsaker.

Satsingsområder og mål for 2001

Dokumentasjon/overvåkning

Oppfølging av arbeidet med anbefalinger for fysisk aktivitet og for spedbarnsernæring vil bli prioritert i 2001. Når det gjelder fysisk aktivitet vil det også arbeides videre med anbefalinger for spesielle pasientgrupper. Arbeidet med kunnskapsdatabasen skal videreføres og evalueres. En undersøkelse av aktivitetsnivået i befolkningen og graden av fysisk form vil bli gjennomført i 2001. En kostholdsundersøkelse blant barn og ungdom er startet opp i 2000 og skal sluttføres i 2001. Det vil bli samlet inn data om kosthold blant innvandrere.

Det vil bli lagt stor vekt på å vurdere effekten av ulike tiltak. Helserisikovurderinger og utredninger i tilknytning til regelverk for matvarer vil prioriteres.

Tiltak

Innsatsen rettet mot å påvirke strukturelle forhold som har betydning for kosthold og fysisk aktivitet skal styrkes. Samarbeidet med NORAD, Zimbabwe og Palestina skal prioriteres. Arbeid rettet mot skole, arbeidsliv og helsetjenesten vil i stor grad bli gjennomført i samarbeid med forebyggingsrådgiverne ved fylkeslegekontorene. SEF vil gjennom støtte til prosjekter i regi av både fylkeslegene og frivillige organisasjoner fremme lokalt arbeid innen ernæring og fysisk aktivitet. SEF vil samarbeide med idrettsbevegelsen og private og offentlige aktører for å nå de fysisk inaktive og bidra til et godt mosjonstilbud. SEF vil rette innsatsen mot myndigheter innen samferdsels- og arealplanlegging, for å fremme et tilstrekkelig nettverk av gang- og sykkelveier, og at friluftsområder og turveier blir ivaretatt. Betydningen av matvarepriser som virkemiddel i ernæringsarbeidet vil bli prioritert.

I 2000 kartlegges situasjonen i skolen både med hensyn til skolemåltidet og fysisk aktivitet. Resultater fra denne vil danne grunnlag for arbeidet rettet mot skolen i 2001. Abonnementsordningen for frukt og grønnsaker skal etableres i skolen i alle landets fylker i løpet av skoleåret 2001/2002. Mål for oppslutning er at 30 pst. av skolene skal delta i de nye fylkene og 50 pst. av skolene i de tidligere fylkene. Arbeidet med å utvikle en standard for uteareal i skolen skal videreføres. Arbeidet med å styrke skolemåltidet videreføres: Målsettingen er at alle barn skal ha 20 minutters spisepause, fullt tilsyn i barneskolen og at ungdomsskolene skal ha et mattilbud/kantine. Kompetansehevingsopplegget for kantinepersonell skal videreføres. Målet er at 80 pst. av alle bedriftskantiner skal ha et tilbud av frukt og grønnsaker innen 2002.

Arbeidet med kompetanseheving av leger og fysioterapeuter på området ernæring, fysisk aktivitet og helse videreføres.

"Sykle til jobben"-aksjonen og økt tilbud om lavterskelaktiviteter skal videreføres som en del av HMS-arbeidet i bedrifter. Modell for økt fysisk aktivitet (FYSAK-modellen) vil bli prøvd ut i to fylker.

Samarbeidet mellom frivillige organisasjoner og statlige nivå-2-institusjoner innenfor det helsefremmende og forebyggende arbeidet skal styrkes. Dette skal skje gjennom sterkere faglig forankring og forpliktende organisering. Ansvaret for samarbeid med frivillig sektor innenfor de forskjellige fagområdene legges til nivå-2-institusjonene. Det forutsettes at arbeidet forankres i ledelsen både i de frivillige organisasjonene og i nivå-2-institusjonene, gjennom faglige fora for frivillig arbeid innenfor de respektive fagområder. SEF får ansvaret for å koordinere samarbeidet mellom de ulike fora. Dette innebærer at medlemsorganisasjonen Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver (SOHO) nedlegges. SOHOs vedtekter av 14. februar 1995 oppheves med virkning fra 01.01.2001.

Merknader til budsjettforslag for 2001

Som en omfordeling innenfor Nasjonal kreftplan foreslås post 01 redusert med kr. 660.000,- og overført til kap. 716.01 Kreftregisteret.

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 14 pr. 1. mars 1999 og 17 pr. 1.mars 2000.

Kap. 3713 Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (jf. kap. 713)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
02	Salgs- og leieinntekter	2 282	65	67
	Sum kap 3713	2 282	65	67

Kap. 0714 Statens tobakksskaderåd (jf. kap. 3714)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	34 684	41 690	42 700
	Sum kap 0714	34 684	41 690	42 700

Overført fra 1999 til 2000:
Post 01: 92 000 kroner

Formål og hovedprioriteringer

Statens tobakksskaderåd er et kompetanse- og forvaltningsorgan under Sosial- og helsedepartementet i spørsmål som angår tobakk og helse. Tobakksskaderådet skal arbeide for å redusere forbruket av tobakk i Norge og dermed redusere omfanget av helseskader som skyldes tobakk, samt føre tilsyn etter bestemmelser i lov og forskrifter. I Statens tobakksskaderåd er det opprettet et fagråd for virksomheten.

Statens tobakksskaderåd har følgende hovedmål:

Hovedmål 1: Tobakksfrie barn og unge
Hovedmål 2: Røykfritt inne
Hovedmål 3: Tobakksfrie voksne
Hovedmål 4: Tobakksfritt samfunn

Hovedprioriteringene det siste året har vært tiltak rettet mot å hindre barn og unge i å begynne med tobakk, sikre og styrke vernet mot ufrivillig passiv røyking og hjelpe motiverte røykere til å slutte.

Resultatrapport 1999

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 og nettverk i arbeidslivet, utvidet 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 varsler planen en skjerpet innsats for oppfølging av vedtatt lov- og regelverk på området. Strategiplanen vil være retningsgivende for det tobakksforebyggende arbeidet i tiden framover.

Hovedmål 1 Tobakksfrie barn og unge

Det har vært arbeidet med kompetanseheving av helsepersonell innenfor svangerskaps- og småbarnsomsorgen. Det er inngått et samarbeid med Høyskolen i Oslo for å utvikle en undervisningsmodul som skal implementeres i alle helsef-

aglig utdanninger, inkl. medisinerstudiet. VÆR røykFRI er et 3-årig undervisningsprogram for alle elever i ungdomsskolen hvor Statens tobakksskaderåd, Den Norske Kreftforening og Nasjonalforeningen for Folkehelsen finansierer 1/3 hver. Noe over halvparten av alle 8. klassinger deltok, og en noe mindre andel av 9. og 10. klassingene for skoleåret 1999/00. Overfor elever i videregående skole ble det gjennomført et skoleprogram PILOTmagasin hvor 16 pst. av årskullet deltok. Evaluering av programmet viser foreløpig en reduksjon på 3 pst. nye røykere blant elevene som deltok. På bakgrunn av undersøkelse i 1998 som viste at forbudet mot å selge tobakk til personer under 18 år ikke blir etterlevet, ble det satt i verk tiltak i samarbeid med bransjen og bransjens organisasjoner. Tiltakene vil bli evaluert i 2000.

Hovedmål 2 Røykfritt inne

Det ble foretatt en ekstern evaluering av tilsynsmyndighetenes oppfølging av forskrift om røyking på restauranter og andre serveringssteder, samt en kartlegging av hvordan publikum og restaurantbransjen opplever praktiseringen av forskriften. Resultatene viser at forskriften er vanskelig å etterleve, særlig for mindre spisesteder og at det kommunale tilsynet ikke fungerer tilfredsstillende.

Hovedmål 3 Tobakksfrie voksne

I 1999 var det ca. 175 000 automatisk registrerte innringere til Røyketelefonen. Dette er en økning på ca. 20 pst. i forhold til 1998. Det ble foretatt en evaluering av røyketelefontjenesten i 1999 som viser at en betydelig andel av de som mottok oppfølgingstelefoner fra Røyketelefonen, endret røykeadferd. Det er etablert en samarbeidsavtale med AOF vedrørende "Røykfritt arbeidsliv". Hovedmålsettingen er å redusere antall tobakksbrukere på arbeidsplassene. Prosjektet tar også sikte på å bygge ut samarbeid og etablere nettverk i prosjektet mellom organisasjoner og prosjekter som har som formål å bedre helsen i befolkningen generelt. Fagrådet i Statens tobakksskaderåd har fortsatt arbeidet med utredningen av hvordan bruk av erstatningsrett stiller seg i forhold til mulige norske saksøkere. Rapporten forelå i juni 2000 (NOU 2000:16 Tobakksindustriens erstatningsansvar). Oppfølgingen av Nasjonal Kreftplan ble videreført i samarbeid med fylkeslegene i fem fylker hvor det er opprettet rådgiverstillinger som skal arbeide i forhold til kost, mosjon og røykfrihet. Fylkeslegene i Troms, Buskerud, Vestfold, Vest-Agder og Rogaland har i 1999 fått midler til egne forebyggingsrådgivere. De fem prøvefylkene har iverksatt en rekke tiltak lokalt. Det er blant annet tatt initiativ i forhold til pilotkommuner. Pilotkommunesatsningen vil bli evaluert og evt. videreført til andre fylker. Tiltakene evalueres med sikte på å opparbeide en sentral kompetansebank for effektive røykeforebyggende tiltak.

Tilstandsvurdering

I 1999 røykte 32 pst. av den voksne befolkningen daglig, noe som er en nedgang på 1 pst. fra 1998. Dette er den laveste andel dagligrøykere som er målt i Norge siden STR startet opp sine årlige undersøkelser i 1973. I tillegg kommer 11 pst. av og til røykere. 36 pst. av alle dagligrøykere sier at de vurderer å slutte å røyke i løpet av et halvt år.

I 1999 røykte 28 pst. i alderen 16-24 år daglig. Dette gjelder både for gutter og jenter. Det er færre unge som begynner å røyke nå enn for 25 år siden, men det har bare vært små endringer siden slutten av 1980-tallet.

Holdningen til røyking i hjemmet har endret seg de siste årene. Undersøkelser foretatt i 1999 viser at 71 pst. ikke tillater røyking i eget hjem med barn tilstede, mot 53 prosent i 1993. Tilsvarende tillater stadig færre at det røykes i eget hjem. På få år har det skjedd store holdningsendringer i forhold til passiv røyking.

Når man tar hensyn til det totale tobakksforbruk, inkludert snus, er omfanget av tobakksbruk tilnærmet likt i Sverige og Norge. I Sverige har det hittil vært satset på lokale tiltak i større grad enn i Norge, bl.a. med tobakksrådgivere i hvert len. I Norge blir det nå i tillegg til sentrale tiltak satset på lokale tiltak, bl.a. med egne forebyggingsrådgivere i hvert fylke.

Satsingsområder og mål 2001

For å nå målet om et tobakksfritt samfunn vil det bli lagt vekt på at det tobakksskadeforebyggende arbeidet i større utstrekning skal foregå på kommunalt og fylkeskommunalt nivå og i samarbeid med frivillige organisasjoner og lokale ressurspersoner. Helsepersonell står sentralt i det lokale arbeidet, og det vil bli satset på kompetansehevning.

Det vil bli satset sterkt på arbeidet for røykfrie arbeidsplasser i samarbeid med næringslivet og arbeidstakerorganisasjonene. Helseinstitusjoner vil være et prioritert område.

Det er en målsetning å effektivisere overholdelsen av tobakksskadeloven med forskrifter. STR vil øke innsatsen for oppfølging av lover og regelverk på området.

Hovedmål 1 Tobakksfrie barn og unge

Målet er en reduksjon i andel ungdomsrøykere på 1 prosentenhet årlig, og at minst 45 pst. av alle elevene på hele ungdomstrinnet deltar i VÆR røykFRI-programmet i skoleåret 2001/02.

Kartlegging av det organiserte fritidstilbudet for barn og unge i forhold til røykfrihet skal gjennomføres. 60 pst. av helsestasjonene som arbeider med ungdom, skal ha tilbud om røykesluttmateriell.

Antall røykende gravide og andelen som tillater røyking i eget hjem når barn er til stede, skal reduseres.

Hovedmål 2 Røykfritt inne

Det er et mål å oppnå at flere bedrifter er røykfrie, at flere bedrifter tilbyr et differensiert røykesluttilbud og at §6 i tobakksskadeloven håndheves på alle arbeidsplasser. Det er videre et mål at offentlige sykehus har tilbud om hjelp til røykeslutt for pasienter og ansatte, og at det etter 2003 ikke selges tobakk på offentlige sykehus.

Hovedmål 3 Tobakksfrie voksne

Det er et mål at flere foreldre er bevisst sin funksjon som rollemodeller, og at antallet lærere i videregående skole som røyker sammen med elevene halveres.

Hovedmål 4 Tobakksfritt samfunn

Idesamling med effektive tiltak skal ferdigstilles i 2001. Det er videre et mål at flere videregående skoler og offentlige helseinstitusjoner har røykfrie inne- og uteområder i 2001.

Plan for opplæring av tilsynsmyndighetene skal utarbeides. Videre skal STR bidra til at Norge skal delta i WHO's arbeid for tobakksproduktregulering.

Merknader til budsjettforslaget for 2000

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 13 pr. 1. mars 1999 og 15,2 pr. 1.mars 2000.

Kap. 3714 Statens tobakksskaderåd (jf. kap. 714)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
02	Salgs- og leieinntekter	700	45	46
	Sum kap 3714	700	45	46

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

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	51 959	45 400	48 000
21	Oppdragsutgifter	47 676		32 850
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	3 612		
	Sum kap 0715	103 247	45 400	80 850

Overført fra 1999 til 2000:
Post 45: 388 000 kroner

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

Fra og med 2000 gjelder en avtale mellom Miljøverndepartementet og Sosial- og helsedepartementet om at Strålevernet fungerer som fagdirektorat for Miljøverndepartementet på området radioaktiv forurensning av det ytre miljø. I henhold til avtalen ble det rammeoverført 1,35 mill fra Miljøverndepartmentets budsjett til Sosial- og helsedepartementets budsjett for 2000 til dekning av driftsutgifter for Strålevernet knyttet til Strålevernets oppgaver for Miljøverndepartmentet.

Resultatrapport 1999

Hovedmål 1 Berettiget og optimalisert strålebruk

Innen medisinsk sektor er det i 1999 gjennomført tilsyn ved 32 brukersteder. Målingene viser høye doser både til pasient og personale og stor variasjon i dose mellom ulike sykehus, noe som først og fremst kan forklares ved bruken av utstyret. Innen mammografiscreening ble det gjennomført tilsyn/statuskontroll ved 17 laboratorier. Ved flere kontroller ble det påpekt feil eller mangler og gitt pålegg om utbedringer. En omfattende veileder for kvalitetssikring innen stråleterapi ble ferdigstilt. Innen industriell sektor ble det utført tilsyn bl.a. innen feltet industriell radiografi og innen oljebrønnslogging i Nordsjøen. Pålegg ble gitt.

Det ble meldt om 7 uhell innen industriell radiografi i 1999. Innen oljebrønnloggingssektoren er det meldt om 9 uhell med radioaktive kilder, men dette har ikke medført forhøyede persondoser. Innen industrisektoren ble det bl.a. også gitt pålegg om utbedringer av intern-kontrollprosedyrer og rutiner for avhending av kilder, deponering av lagrede kilder som ikke lenger er i bruk, merking og utbedring av tekniske feil.

Det ble utført et større tilsyn med bruken av solarier i solstudioer for å undersøke hvordan gjeldende forskrifter etterleves i praksis. Arbeidet omfattet totalt 130 solstudioer. Det ble oppdaget feil og mangler hos de fleste innehavere. Ved årsskiftet er majoriteten av feilene rettet opp etter tett oppfølging fra Strålevernets side. Under 1/3 av brukerstedene hadde benyttet strålekilder (rør og lamper) i samsvar med forutsetningene i gitte typegodkjenninger. Det registreres en økende andel ubetjente solstudioer med kun myntinnkast.

Hovedmål 2 Vern av arbeidstakerne, befolkning og miljø mot skadelige effekter av stråling

I samarbeid med kommunene ble det gjennomført systematiske radonkartlegginger i 8 kommuner. Det gjennomføres for få målinger initiert av kommunene til å kunne nå målsetningen om at hoveddelen av norske boliger over tiltaksgrensen skal være identifisert innen utgangen av år 2001. Arbeidet med å etablere en sentral database over radonmålinger i inneluft og husholdningsvann fra borebrønner ble igangsatt i 1999. Denne basen vil være viktig for å kunne bistå kommunene med råd og veiledning i forbindelse med oppfølgende målinger og informasjon. Ved utgangen av 1999 er det totalt gjennomført målinger i ca. 4000 barnehager og 1500 skoler. I samarbeid med Statens bygningstekniske etat og Norges byggforskningsinstitutt er det utformet et kursopplegg om tiltak mot radon for byggebransjen.

Et overvåkningsprogram for marint miljø ble etablert i 1999. Det er også etablert en database med oversikt over kilder til radioaktiv forurensning i marint miljø.

Strålevernet påbegynte behandling av ny utslippsøknad for Institutt for energiteknikk (IFE). Det kom frem at utslippsforholdene ikke er tilfredsstillende. Strålevernet utarbeidet en rapport til Sosial- og helsedepartementet om tidligere utslipp til Nitelva fra IFEs anlegg på Kjeller. IFE ble bedt om å utarbeide forslag til opprydning av historiske utslipp til Nitelva.

Strålevernet sluttbehandlet IFEs søknad om forlengelse av konsesjonen for anleggene på Kjeller og i Halden. Regjeringen ga konsesjon for ytterligere 9 år ved kgl. res. av 22. desember 1999, og Strålevernet ble her pålagt å utarbeide en grundig tilstandsrapport til Sosial- og helsedepartementet hvert tredje år.

Det var i 1999 stor aktivitet knyttet til Regjeringens handlingsplan for atomsaker, herunder sikkerhetsoppgraderinger ved kjernekraftverkene på Kola, i St. Petersburg og i Ignalina. Samarbeidet med den russiske tilsynsmyndigheten er ytterligere styrket siden samarbeidsavtalen ble undertegnet i 1997.

Hovedmål 3 Et samfunn vel forberedt på atomulykker, andre strålingsulykker og bruk av atomvåpen

Overordnet plan for Kriseutvalget ved atomulykker med dets faglige rådgivere ble ferdigstilt i 1999. Strålevernet nedla et betydelig arbeid i forbindelse med overgangen til år 2000 både i interne forberedelser og for å følge situasjonen internasjonalt med hensyn på mulige ulykker ved overgangen til det nye året. Biologisk dosimetritjeneste til bruk ved strålingsulykker er etablert.

Hovedmål 4 Ny viten om strålevern og strålevirkninger

EU's 4. rammeprogram ble avsluttet i 1999. Strålevernet har deltatt i 9 prosjekter under eller i tilknytning til dette strålevernprogrammet om radioaktiv forurensning. Videre har Strålevernet deltatt i 4 prosjekter finansiert av Norges Forskningsråd. Forskningsarbeidet har gitt kunnskap om radioaktiv forurensnings oppførsel i nordlige/arktiske områder, som grunnlag for å utvikle strategier for overvåking, håndtering og sanering av radioaktiv forurensning knyttet til Tjernobylulykken og utslipp fra reprosesseringsanlegget i Majak. Det er videre utviklet prognosemodeller som kan nyttiggjøres i norsk beredskap.

Resultater fra laboratoriestudier vedrørende lysbehandling av nyfødte med gulsott tyder på et betydelig forbedringspotensiale.

Tilstandsvurdering

Lov om strålevern og bruk av stråling er vedtatt og trådte i kraft 1. juli 2000. Loven muliggjør et helhetlig regelverk på strålevernområdet. Loven stiller strengere krav til alle brukere av strålekilder, men pålegger også strålevernmyndigheten økte oppgaver. Overgang til digital røntgendiagnostikk og stadig økt satsning på CT og på intervensjonsradiologi representerer utfordringer på strålevernområdet. Økt satsing på stråleterapi i kreftbehandlingen og utbyggingen av mammografiscreening til en landsdekkende funksjon medfører økte krav til kvalitetssikring.

Radioaktiv forurensning må vurderes på linje med andre miljøgifter når det gjelder utvikling av kriterier for beskyttelse av det ytre miljø. Et samarbeid mellom helse- og miljømyndighetene er etablert på dette området. I tillegg øker kravene til helhetlig miljøovervåkning på radioaktivitetsområdet. Dette er viktig både for løpende vurdering av miljøstatus, men også av beredskapsgrunner.

Statens strålevern har et omfattende delansvar i arbeidet med realisering av handlingsplan for atomsikkerhet som ledes av Utenriksdepartementet. Handlingsplanen er en oppfølging av St.meld. nr. 34 (1993-94) Atomsikkerhet og kjemiske våpen i våre nordlige nærområder. Strålevernets oppgaver består i å realisere atomsikkerhetsprosjekter bl.a. i Russland, samt å delta som fagekspertise og være rådgiver i det generelle atomsikkerhetsarbeidet internasjonalt. Målet er å bidra til økt sikkerhet særlig i Nordvest-Russland. En utfordring er faren for radioaktiv forurensing fra våre nærområder, fra kjernekraftverk, atomdrevne fartøy og anlegg for lagring eller behandling av atomavfall og kjernevåpen. Trusselbildet fra usikre atominstallasjoner i våre nærområder tilsier fortsatt satsing innen rammen av Regjeringens handlingsplan.

Satsingsområder og mål for 2001

Strålevernet skal med grunnlag i lov om strålevern og bruk av stråling vektlegge arbeidet med revisjon av det formelle regelverk for bruk av strålekilder i virksomheter. Dette omfatter gjennomgang av eksisterende regelverk og utvikling av nytt regelverk.

Hovedmål 1 Berettiget og optimalisert strålebruk

Strålevernet skal bistå landets stråleterapienheter med kvalitetssikringstiltak både innen fysikk og medisin.

Hovedmål 2 Vern av arbeidstakere, befolkning og miljø mot skadelige effekter av stråling

Tilsynsarbeidet ved IFE's anlegg skal prioriteres. Dette vil danne utgangspunkt for Strålevernets til-

standsvurdering av anleggenes drift og sikkerhet. Strålevernet skal fortsatt følge opp internasjonale forpliktelser i IAEA under konvensjonen for atomsikkerhet. Strålevernet har en ledende rolle i prosjekter for økt atomsikkerhet under Regjeringens handlingsplan. Resultatene kan måles gjennom installerte sikkerhetsanordninger og gjennomført opplæring. Ut fra handlingsplanens politiske siktemål arbeides det også med å ta opp helsemessige forhold ved situasjonen.

Arbeidet med kartlegging av radon i inneluft og husholdningsvann med særlig vekt på kommunenes innsats skal intensiveres. Det skal gjennomføres en undersøkelse av virksomheter (oljerelatert virksomhet, kjemisk industri og gruvedrift) som fører til teknologibetinget økning i eksponering for stråling i Norge.

Strålevernet skal samarbeide internasjonalt for å utvikle kriterier og strategier for vern av det ytre miljø. Målet er å få utviklet et internasjonalt anerkjent system også for beskyttelse av det ytre miljø.

Samarbeidet med Russland når det gjelder undersøkelser av radioaktiv forurensning i nordområdene skal videreføres, med særlig vekt på miljøovervåkning og konsekvensvurderinger av tiltak. En videre oppbygging av et helhetlig nasjonalt koordinert miljøovervåkningsprogram skal gjennomføres.

Hovedmål 3 Et samfunn vel forberedt på atomulykker, andre strålingsulykker og bruk av atomvåpen

Strålevernet skal gjennomgå og øve beredskapsplanene for uhell ved IFE, samt beredskapsplanene ved anløp av reaktordrevne fartøyer til norske militære havner. Det skal gjennomføres kompetansegivende tiltak om akuttbehandling av stråleskadde for personell i helsevesenet på regionalt nivå. Utvikling og vedlikehold av metodikk for laboratoriemålinger av stråleskader vil bli prioritert. Eventuelle pasienter etter strålingsulykker er i hovedtrekk forutsatt å skulle bli behandlet innenlands i de forskjellige regioner. Dette forutsetter nasjonal kompetanse for nødvendig vurdering, herunder fastleggelse av stråledose.

Hovedmål 4 Ny viten om strålevern og strålevirkninger

Strålevernet skal sikre en basisfunksjon i strålevern- og beredskapsrelevant strålemedisin også for svakt dekkede strålingsformer. Aktivitetene innen ikke-ioniserende stråling (lys, elektromagnetiske felter osv) skal opprettholdes, særlig med henblikk på mer usikre effekter innen immunsystemet og i fosterlivet.

Strålevernet skal arbeide for å oppnå deltagelse i internasjonalt forskningssamarbeid bl.a. gjennom EUs femte rammeprogram når det gjelder forståelse av radioaktive stoffers vandring i miljøet og bestråling av planter, dyr og mennesker.

Merknader til budsjettforslaget for 2000

Det foreslås overført kr. 900 000 fra kap. 739 Andre utgifter, post 66 Mammografiscreening til kap. 715, post 01 for å utføre oppgaver i forbindelse med mammografiscreeningsprogrammet i fylkene.

Sosial- og helsedepartementet har ved kongelig resolusjon av 19. mai 2000 fått delegert myndighet til å innføre og fastsette tilsynsavgift og behandlingsgebyr for behandling av konsesjonssøknad etter lov av 12. mai 1972 nr. 28 om atomenergivirksomhet (atomenergiloven) § 57. I vedtak av 5. juli 2000 innførte departementet en årlig tilsynsavgift etter atomenergiloven § 57, som skal dekke tilsynsaktiviteten som Strålevernet har overfor Institutt for energiteknikk (IFE) sine atomanlegg i Halden og på Kjeller. Departementet vil komme tilbake til innføring av behandlingsgebyr for behandling av konsesjonssøknad når dette blir aktuelt. Satsen for tilsynsavgiften i 2001 fastsettes til 700 000 kroner. Satsen forutsettes prisjustert de påfølgende år. Beløpet skal dekke Strålevernets utgifter i forbindelse med utført tilsynsaktivitet. Post 01 foreslås således økt med 700 000 kroner.

Post 21 Oppdragsutgifter foreslås økt med 30 mill. kroner. Dette begrunnes med en omfattende prosjektaktivitet ved Strålevernet. Hensikten er å i større grad synliggjøre i budsjettet den aktiviteten Strålevernet reelt vil ha i 2001, jf. kap. 3715, post 05.

Post 21 foreslås videre styrket med 2,85 mill. kroner, overført fra kap. 581, post 71 til å styrke arbeidet med målrettet kartlegginger med hensyn til 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 82,6 pr. 1. mars 1999 og 87,7 pr. 1. mars 2000.

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

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
02	Salgs- og leieinntekter	3 866	630	1 349
03	Diverse lønnsinntekt	4 919		
05	Oppdragsinntekter	47 676		30 000
16	Refusjon fødselspenger	376		
	Sum kap 3715	56 837	630	31 349

Post 02 Salgs- og leieinntekter

Inntekter på post 02 er inntekter fra persondosimetrien, samt innkreving av tilsynsavgift, jf. post 01.

Post 05 Oppdragsinntekter

Posten foreslås økt med 30 mill. kroner. Dette begrunnes med en omfattende prosjektaktivitet ved Strålevernet. Hensikten er å i større grad synliggjøre i budsjettet den aktiviteten Strålevernet reelt vil ha i 2001, jf. kap. 715, post 21.

Kap. 0716 Kreftregisteret (jf. kap. 3716)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	37 653	27 300	32 100
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	271	683	700
	Sum kap 0716	37 924	27 983	32 800

Det er overført fra 1999 til 2000:
Post 01: 1 319 000 kroner
Post 45: 808 000 kroner

Formål og hovedprioriteringer

Kreftregisteret, Institutt for epidemiologisk kreftforskning, har som overordnet mål å etablere viten og spre kunnskap som bidrar til å redusere kreftsykdom.

Kreftregisteret har følgende hovedmål:

- Hovedmål 1: *Registrering*: Registrere alle tilfeller av kreft i Norge, samt forstadier til kreft.
- Hovedmål 2: *Forskning*: Etablere ny viten om kreftsykdommenes årsaker, diagnose, naturlige forløp og behandlingseffekter.
- Hovedmål 3: *Informasjon*: Skaffe samfunnet oversikt over krefttilfellene i Norge og belyse utviklingen over tid.

Resultatrapport for 1999

Hovedmål 1 Registrere alle tilfeller av kreft i Norge, samt forstadier til kreft

98 prosent 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. Dette skyldes elektronisk overføring av prøvesvar fra laboratoriene. Diagnosemeldinger fra patologene rapporteres umiddelbart til Kreftregisteret. Tiden fra prøve er tatt og kreft eventuelt er påvist til dette er registrert i Kreftregisteret ligger på om lag 10 mnd.

Masseundersøkelsene mot bryst- og livmorhalskreft har et relativt godt oppmøte sett i et internasjonalt perspektiv. Dette er oppnådd gjennom invitasjonsbrev til kvinner i de aktuelle screeningfylkene og informasjon gjennom lokale media. Et

annet virkemiddel har vært informasjon til kommuneleger, allmennleger og gynekologer gjennom brev og møter.

Arbeid med rapportering til Rikstrygdeverket om nye krefttilfeller som kan være forårsaket av pasientens yrke eller arbeidsplass med tanke på erstatning er startet opp, og rutiner er innarbeidet. En rapport om arbeidet ble ferdigstilt i januar 2000.

Det foreligger rapport fra forprosjekt for registrering av første tilbakefall og videre forløp av kreftsykdommer, med anbefaling om utvidet kreftregistrering. Med bakgrunn i denne anbefalingen har Kreftregisteret sammen med Høgskolen i Oslo startet et opplegg for utdanning av "data managers".

Registrering innen pilotprosjektet tykk-/endetarmskreft er videreført.

Hovedmål 2 Etablere ny viten om kreftsykdommenes årsaker, diagnose, naturlige forløp og behandlingseffekter

Kreftregisteret driver forskning om risikofaktorer for kreftutvikling som virus, bakterier, toksiner, hormoner, sporstoffer, yrke, stråling, arv, kosthold og røyking. De senere år har det vært satset på registerbasert klinisk forskning og kvalitetsovervåking av diagnostikk og behandling.

Følgende resultater fremheves:

- en studie om yrkesbetinget kreft i de nordiske land viser til dels store forskjeller i kreftrisiko for ulike yrkesgrupper, særlig blant menn. Gårdbrukere har lavest relativ risiko for kreft, mens servitører har høyest. Menn uten arbeid har høy forekomst av kreft. Blant kvinner er relativ kreftrisiko lavest for gartnere og høyest for tobakksarbeidere
- Kreftregisteret har deltatt i og publisert resultater fra en internasjonal undersøkelse om kreftrisiko ved produksjon av isolasjonsull for bruk i bygg- og anleggssektoren
- en undersøkelse ved norske silisiumkarbidverk viser en høyere kreftsykelighet og total dødelighet enn forventet. Overrisiko for kreft i lunger fremstår som det viktigste funn, og resultatene viser økende risiko med økende støveksponering. Arbeidsmiljøet er en viktig årsak. Kreftregisteret vil i samarbeid med Statens arbeidsmiljøinstitutt og berørte parter følge opp resultatene med tiltak for å redusere kreftfaren. Det vises for øvrig til St.prp. nr 1 (2000-2001), Kommunal- og regionaldepartementet
- en undersøkelse om kreftrisiko i norsk aluminiumsindustri viser at total kreftsykelighet og totaldødelighet er som forventet. Resultatene viser imidlertid en sammenheng mellom eksponering for polysykliske aromatiske hydrokarboner (PAH) og blærekreft
- resultatene fra den norske delen av en europeisk undersøkelse foretatt blant kvinner med brystkreft og gynekologisk kreft viser at helsevesenet må være mer bevisst hva angår pasientenes behov for psykisk og praktisk støtte, at tilgjengeligheten må økes og at deler av informasjon og kommunikasjon må bedres
- en undersøkelse foretatt i Norge viser at økt utdanning bedrer overlevelsen etter en kreftdiagnose. Innen grupper med samme utdanning har både inntekt og sosioøkonomisk status målt ved yrke gunstig innvirkning
- total mesorectal exeision (TME) er overlegen den konvensjonelle kirurgiske metoden for å behandle endetarmskreft. TME gir betydelig færre lokale tilbakefall og reduserer behovet for strålebehandling
- Nitterkuren er evaluert i en retrospektiv studie i to separate analyser. Den samlede konklusjon er at man gjennom en slik ikke-prospektiv studie verken kan påvise at Nitterkuren øker eller reduserer overlevelsen. Livskvalitetsvurdering var ikke mulig å foreta
- første runde i prøveprosjektet for mammografiundersøkelsen er evaluert, og det er grunn til å tro at målsetningen om å redusere brystkreftdødeligheten blant de inviterte kvinnene med 30 pst. vil bli oppnådd.

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 for hele landet og hvert fylke siden 1954. Kreftregisteret har utgitt særskilte rapporter om kreftrisiko i Agderfylkene, prøveprosjektet med masseundersøkelser for brystkreft ved mammografi og forprosjektet om utvidet registrering av kreftsykdom i Norge.

Det har vært en betydelig økning i antallet henvendelser til registeret, og spesielt henvendelser om familiær kreft.

Tilstandsvurdering

I 1997 fikk henholdsvis 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. Hyppigheten av de fleste kreftformer har økt i den seneste 5-årsperioden.

Andelen som lever fem år etter diagnose, har i samme periode økt fra 37 prosent til 55 prosent. De vanligste kreftformene er brystkreft for kvinner og prostatakreft for menn, samt lungekreft og tykk- og endetarmskreft for menn og kvinner. Økningen er betydelig for de fleste kreftformer, 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.

Kombinasjonen av økt forekomst av kreft p.g.a. økt risiko, økende levealder og økt langtidsoverlevelse innebærer nye utfordringer i relasjon til diagnostikk, behandling, pleie, omsorg og kvalitetssikring .

Det vises forøvrig til samlet tilstandsbeskrivelse i programkategori 10.30 Somatiske spesialisttjenester, Kap. 739 Andre utgifter, Post 65 Nasjonal kreftplan og Post 66 Mammografiscreening.

Satsningsområder og mål for 2001

Hovedmål 1 Registrere alle tilfeller av kreft i Norge, samt forstadier til kreft

I løpet av år 2001 skal alle nye tilfeller av kreft i 1999 være registrert i Kreftregisteret på bakgrunn av innsendte meldinger fra klinikere og patologer.

I løpet av året skal meldesystem for rapportering av nye tilfeller av kreft som kan være forårsaket av pasientens tidligere yrke eller arbeidsplass, være etablert. Tilfellene meldes til Rikstrygdeverket snarest mulig med tanke på mulig yrkesskadeerstatning. Registrering av forstadier til kreft og utviklet kreft i forbindelse med masseundersøkelsene for livmorhals-, bryst- og tykk/endetarmskreft videreføres.

Arbeidet med iverksetting av et nytt melde- og overvåkingssystem for naturlig kreftforløp, diagnostikk og behandling videreføres, jfr. St.prp. nr 61 (1997-98) om Nasjonal kreftplan og Budsjettinnst. S nr. 11 (1997-98). Det er i 2000 startet opp et prosjekt om utvidet registrering av prostatakreft i Norge.

Hovedmål 2 Etablere ny viten om kreftsykdommenes årsaker, diagnose, naturlige forløp og behandlingseffekter

Forskningen fremover konsentreres 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 kostholdsfaktorer, samt fysiologiske betingelsers betydning for kreftutvikling
- utvidelse til landsdekning for masseundersøkelse mot brystkreft. Det er et mål å oppnå minst 80 prosent frammøte i mammografiscreeningen
- gjennomføre tiltak for å øke fremmøtet til den nasjonale masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Det er et mål å oppnå minst 80 prosent fremmøte i programmet
- videreføre forsøk med masseundersøkelser for tykk- og endetarmskreft
- iverksette norsk deltakelse i et europeisk forskningsprosjekt med masseundersøkelse mot brystkreft
- kliniske studier vedrørende diagnostiske utredninger av sykdomsutbredelse ved diagnose og over tid, behandling og leveutsikter – især for tykk- og endetarmskreft, brystkreft, prostatakreft, lymfekreft, lungekreft og kreft hos barn.

Hovedmål 3 Skaffe samfunnet oversikt over krefttilfellene i Norge og belyse utviklingen over tid

I løpet av 2001 skal publikasjonen "Cancer in Norway 1998" utgis. Det arbeides med videreutvikling av publikasjonen med regionsoversikt. Kreftregisteret vil utgi et Festskrift i anledning sitt 50 års jubileum. Dette vil beskrive historikk, samt kreftbildet i dag og fremtidsprognose for kreft i Norge.

Merknader til de enkelte postene

Kreftregisteret har fått tildelt over kap. 739 Andre utgifter, post 66 Mammografiscreening kr. 3 600 000,- i 2000 for å utføre oppgaver i forbindelse med mammografiscreeningsprogrammet i fylkene. Midlene foreslås overført til kap. 716, post 01 Kreftregisteret fra 2001.

Post 01 foreslås videre økt med 660 000 kroner ved omdisponering innenfor kreftplanen fra 713, post 01 til styrking av kodestaben på Kreftregisteret med 1,5 stilling.

Samlet foreslås bevilgningen øket med 4,26 mill. kroner

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 49,1 pr. 1. mars 1999 og 51,5 pr. 1. mars 2000.

Kap. 3716 Kreftregisteret (jf. kap. 716)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
03	Oppdragsinntekter	13 825	1 130	1 164
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	52		
16	Refusjon fødselspenger	178		
	Sum kap 3716	14 055	1 130	1 164

Kap. 0718 Rehabilitering

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
21	Spesielle driftsutgifter	17 836	12 227	11 400
60	Rehabilitering	105 059	103 300	
	Sum kap 0718	122 895	115 527	11 400

Overført fra 1999 til 2000:
Post 21: 464 000 kroner

Under kap. 718 er det ført opp bevilgningsforslag til utvikling på rehabiliteringsfeltet. Bevilgningsforslaget til forskning på rehabiliteringsområdet er for 2001 ført på kap. 719, post 50. Midlene til rehabilitering i fylkeskommunene over post 60 foreslås innlemmet i rammetilskuddet til fylkeskommunene fra og med 2001, jf. nærmere omtale under denne posten.

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) 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
- 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

Formål og oppgaver

Formålet med bevilgningen er å støtte forsøksvirksomhet, utrednings- og utviklingsarbeid innenfor rehabilitering. Den er knyttet til følgende hovedområder:

- bedre kunnskapsgrunnlaget
- kunnskaps- og idèspredning om rehabilitering som helhetlig, tverrfaglig og tverretatlig virksomhet med sikte på å bedre brukernes mestringsevne.

Resultatrapport for 1999

I 1999 ble det i hovedsak satset på 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

En av hovedkonklusjonene i *NOU 1999:13 Kvinners helse i Norge* er at det er behov for å styrke ivaretagelse av kjønnsperspektiv og likestilling på helse- og velferdsfeltet. Dette vil på sikt innebære bedre kvalitet i helse- og velferdstilbud til kvinner – men også til menn. Målsetningen i departementets oppfølgingsplan, som består av tolv tiltak, er derfor å integrere likestilling på alle nivå i helse- og velferdsforvaltningen gjennom styrking av forsknings- og statistikkgrunnlag som ivaretar kjønnsperspektiv og gjennom utvikling og iverksetting av metoder for saksbehandling og beslutningsprosesser som integrerer dette.

Kvinnehelseutredningen foreslo også 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 problemstillingene er innarbeidet i oppfølgingsplanen og vil bli integrert i pågående prosesser og planer eller som egne tiltak. Statens Helsetilsyn har opprettet et eget fagråd for kvinnehelse. Helsetilsynets arbeid har i 1999 hatt fokus på innvandrerkvinners helse, på funksjonshemmede kvinners helse og på eldre kvinners helse.

Kultur og helse-satsingen er et samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet, Kulturdepartementet, kommuner og fylkeskommuner. For nærmere omtale av satsingen vises det til St.prp. nr. 1 (1999-2000). Erfaringene fra de 35 forsøksprosjektene, som ble iverksatt mellom 1996-1999 i kommuner over hele landet, har vist at mennesker som deltar i kulturelle aktiviteter får økt livskvalitet, bedre muligheter til å mestre hverdagen og dermed bedre helse. NIBRs evaluering av Kultur og helse-satsingen ble avsluttet i juli 2000.

Som en oppfølging av St.meld. nr. 21 (1998-99) og Stortingets behandling av denne, har Sosial- og helsedepartementet vedtatt å etablere et *Kunnskaps- og utviklingssenter for rehabilitering (SKUR)* ved Høgskolen i Bodø i samarbeid med Nordlandsforskning. Senteret er tenkt som et knutepunkt i et kunnskapsnettverk som omfatter en rekke etablerte kompetansemiljøer innen rehabiliteringsfeltet, både innen brukerorganisasjonene, helse- og sosialsektoren og innen samarbeidende sektorer som utdanningssektoren, trygde- og arbeidsmarkedssektoren, kultursektor og frivillig sektor. Viktige oppgaver for senteret vil for øvrig bl.a. være å stimulere til og gjennomføre rehabiliteringsrelevant forskning og utviklingsarbeid, planlegge og gjennomføre undervisning på universitets- og høgskolenivå, og å holde seg a jour med utviklingen innen feltet nasjonalt og internasjonalt. Senteret er i første omgang etablert som et femårig prosjekt og vil kunne være i drift i løpet av 2001.

I 1997 ble det startet opp et treårig *tverrfaglig utviklingsprosjekt i Oslo kretsfengsel.* Målgruppen for prosjektet er innsatte som i særlig grad "soner tungt" - isolerer seg fra andre innsatte og ikke synes å kunne ta del i de aktiviteter og gjøremål som innsatte vanligvis gjør. Evalueringen av prosjektet ble ferdigstilt 1. kvartal 2000, og i rapporten går det frem at både innsatte, ansatte og psykiatrisk fagteam i fengselet vurderer prosjektet som vellykket . F.o.m. år 2000 er tiltaket videreført som en permanent del av Oslo Kretsfengsels virksomhet og finansiert over fengselets eget budsjett.

"Det nytter-prisen" ble i 2000 delt ut for ellevte gang. Det kom i 2000 inn 89 søknader til prisen, og første pris gikk til Ringsaker kommune for prosjektet "Glad oppvekst på Ringsaker". Gjennom bred, tverrfaglig innsats på forebyggende og helsefremmende tiltak søker kommunen å bidra til positiv utvikling, og å forebygge psykiske og sosiale lidelser blant barn og unge. "Det nytter-prisen" er et samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes sentralforbund.

Kunnskaps- og idèspredning om rehabilitering som helhetlig, tverrfaglig og tverretatlig virksomhet.

Høgskolen i Oslo har siden 1996 drevet et *tverrfaglig etterutdanningskurs i rehabilitering* med finansiering fra Sosial- og helsedepartementet. For nærmere omtale av etterutdanningskursene, se St.prp. nr. 1 (1999-2000). Høgskolen i Oslo gjennomførte i 1998/99 i alt 19 kurs. I 1999 ble det avholdt seks kurs i seks forskjellige fylker i regi

av Kommunal kompetanse og Høgskolen i Bergen. Kursene ble positivt evaluert i 1999. Etterutdanningen foreslås fortsatt finansiert over Sosial- og helsedepartementet bevilgning til rehabilitering.

Konferanser/seminarer. Som en del av oppfølgingen av Rehabiliteringsmeldingen og Stortingets behandling av denne arrangerte Sosial- og helsedepartementet i samarbeid med blant andre Arbeids- og administrasjonsdepartementet, Kommunenes sentralforbund og brukerorganisasjoner en rekke lokale konferanser og seminarer i 1999.

Tilstandsvurdering

Viktige deler av rehabiliteringsfeltet har blitt fokusert gjennom de tiltak som følger av St.meld. nr. 21 (1998-99*) Ansvar og meistring - mot ein helskapleg rehabiliteringpsolitikk* 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 tilfelle reduseres effekten av kostbar akuttbehandling fordi rehabiliteringskjeden svikter.

De øremerkede bevilgninger til rehabiliteringstiltak i fylkeskommunen har bidratt til en fokusering og styrking av feltet, men det er fortsatt mange uløste oppgaver.

Mange brukere opplever rehabiliteringstilbudet som utilstrekkelig og lite adekvat i forhold til egne behov. Rehabiliteringsfeltet beskrives ofte som fragmentert og uten tydelig organisering av ansvar og myndighet. Mangelen på målrettet samhandling mellom bistandsytere med ulike oppgaver og ulik etatstilknytninger er trolig en viktig årsak til at bistanden ikke er god nok. Det syntes å være store kunnskaps- og kompetansemangler på rehabiliteringsfeltet, og det er store forskjeller med hensyn til hva de ulike yrkesgrupper som deltar i rehabiliteringsprosessen, lærer gjennom grunn-, videre- og etterutdanning. Organisering av kunnskaps- og kompetanseutvikling og formidling blir dermed viktig for å kunne utvikle rehabiliteringsfeltet.

Satsningsområder og mål i 2001

Nasjonal plan for rehabilitering. Det vises til Stortingets behandling av St.meld. nr. 21 (1998-99) *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk.* Departementet har startet arbeidet med en nasjonal plan for rehabilitering.

Habilitering av barn – Intensiv trening. Sosial- og helsedepartementet ba i februar 1999 Statens Helsetilsyn om å nedsette en arbeidsgruppe som kunne foreta en faglig vurdering av intensive treningsopplegg for barn med hjerneskader. Arbeidsgruppen har vurdert Doman – metoden og Petö – metoden, og la fram sin rapport i januar 2000. Arbeidsgruppens vurdering er at Petö – metoden kan anbefales til en begrenset gruppe barn med cerebral parese. Arbeidsgruppen anbefaler ikke Doman-metoden som et alternativt habiliteringstilbud i Norge.. Arbeidsgruppens rapport har vært på høring. Departementet arbeider nå med å gjennomgå høringssvarene, og vil i det videre arbeidet vurdere hvordan en best kan styrke tilbudet til funksjonshemmede barn, herunder barn med hjerneskade. Departementet ser behov for en styrking av habiliteringstjenesten for barn med spesiell vekt på utbygging av tilbud om intensiv trening av barn med hjerneskade.

Bedre kunnskapsgrunnlaget for politikkutformingen

Satsningsområdene på kap. 718, post 21 vil i år 2001 i stor grad være knyttet til videre oppfølging av St.meld. nr. 21 (1998-99) *Ansvar og Meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk* og Stortingets vedtak i forhold til denne, herunder arbeidet med Nasjonal plan for rehabilitering.

Oppfølgingsplanen for *NOU 1999:13 Kvinners helse i Norge* har en tidshorisont på 5 år og vil i hovedsak bli iverksatt og påbegynt gjennomført i 2001. Den innebærer en styrking av det departementsinterne arbeidet for ivaretakelse av likestilling på de ulike fagområdene. Det er valgt ut noen områder hvor ivaretagelse av likestilling skal kvalitetssikres.

Det vil bli foretatt en vurdering av om kjønnsperspektivet er godt nok ivaretatt i statistikk grunnlaget. For øvrig arbeides det med utvikling av indikatorer for å integrere kvinner i medisinske forskningsprotokoller (NEM). Det vil bli etablert krav om at ivaretakelse av kjønnsperspektiv skal drøftes i søknader til NFRs programmer innen medisin og helse. Senter for medisinsk metodevurdering vil gjennomføre et forprosjekt for å vurdere noen behandlingsmetoders kvalitet for kvinner og menn. Det skal for øvrig utvikles metoder for å sikre likeverdig ivaretakelse av kvinner og menn i tilsyn og rådgivning, se for øvrig omtale under kap. 700 Statens helsetilsyn. Forarbeidene til et større prosjekt for å utvikle rutiner og arbeidsformer som ivaretar kjønnsperspektiv og likestilling på helse- og velferdsfeltet starter opp i 2000. Veiledning og koordinering av

delprosjekter vil skje gjennom etablering av prosjektansvar ved SEFOS i Bergen.

Et mer *helhetlig tilbud til hørselshemmede* foreslås utviklet i nær tilknytning til Handlingsplanen for funksjonshemmede, se også omtale under kap. 674 post 21.

Sosial- og helsedepartementet og Kulturdepartementet har opprettet en nettverkskoordinatorstilling ved et Nasjonalt knutepunkt for *Kultur og helse* som er knyttet til Levanger kommune. Denne koordineringsfunksjonen skal fungere som et knutepunkt for nettverket av kultur- og helsekommuner som var med under prosjektperioden, samt for nye kommuner som ønsker å delta i nettverket. I tillegg skal koordinatoren blant annet drive informasjonsvirksomhet på feltet. Tidlig i 2000 ble det opprettet en Nasjonal rådgivningsgruppe for oppfølgingen av Kultur- og helsesatsingen.

Sosial- og helsedepartementet tar sikte på i løpet av første halvår å fastsette *forskrift om individuelle planer* med hjemmel i lov om helsetjenesten i kommunene, lov om spesialisthelsetjenesten og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Videre har lov om pasientrettigheter en bestemmelse om rett til individuell plan. Formålet med individuelle planer er at tilbudet til den enkelte er mest mulig helhetlig koordinert og individuelt tilpasset, og å sikre brukermedvirkning. For å utdype bestemmelsene i forskriften vil departementet utarbeide en veileder om individuelle planer.

Omlegging av egenbetalingsordningen for opptreningsinstitusjoner omtales under kap. 2711, post 75. De spesielle helseinstitusjonene omtales under kap. 2711, post 78.

Kunnskaps- og idèspredning om rehabilitering som helhetlig, tverrfaglig og tverretatlig virksomhet

Statens kunnskaps- og utviklingssenter for rehabilitering (SKUR) vil være i full drift i løpet av 2001. En sentral oppgave i 2001 vil være å systematisk kartlegge og utarbeide oversikter over ulike kompetansemiljøer og forskere innenfor og i tilknytning til rehabiliteringsområdet. Det vil også bli igangsatt et forskningsprosjekt for å studere rehabiliteringsprosesser fra den enkelte brukers ståsted.

Tverrfaglig etterutdanning har til nå hatt prosjektstatus, men vil fra år 2000 videreføres på permanent basis. Dette innebærer et større lokalt ansvar for kursene. Høgskolen i Oslo er fra 2000 gitt ansvar for kurslederkursene, slik at et helhetlig perspektiv på rehabilitering opprettholdes og sikres.

Også for 2001 foreslås det avsatt midler til Det nytter prisen. Prisen deles ut innenfor et vidt spekter av tiltak på helse- og sosialsiden.

Post 60 Rehabilitering i fylkeskommunene m.v

Formålet med bevilgningen har vært å bidra til oppbygging og styrking av rehabiliterings- og habiliteringstilbudet i fylkeskommunene og tilbudet til revmatikere. Bevilgningen har vært gitt som et øremerket tilskudd fordelt etter objektive kriterier til fylkeskommunene. Denne bevilgningen er vedtatt innlemmet i inntektssystemet fra 2001. Departementet kan i denne sammenheng vise til arbeidet med forskrift om habilitering og rehabilitering, som bl.a. vil klargjøre fylkeskommunenes ansvar på dette feltet. Over denne posten har det vært overført 500000 kroner til Sør-Trøndelag fylkeskommune øremerket som støtte til virksomheten ved Fysikalsk Medisin 3T as. Det legges til grunn at Sør-Trøndelag fylkeskommune stiller dette beløpet til rådighet for Fysikalsk Medisin 3T as i 2001 på samme måte som i 2000.

I 1999 ble det over denne bevilgningen gitt støtte til oppbygging og styrking av rehabiliteringsavdelinger, slagenheter og rehabiliteringsteam. I tillegg ble det gitt støtte til styrking av tilbudet for særskilte grupper som ikke har hatt et tilfredsstillende tilbud i fylkeskommunen. Det er også gitt tilskudd til utdanningsstillinger innen rehabilitering, herunder tilskudd til utdanningsstillinger i revmatologi. Det har vært en forutsetning for tildeling av midler at den enkelte fylkeskommune har utarbeidet en helhetlig plan for rehabilitering.

Fylkeskommunenes ansvar for å yte rehabilitering/habilitering følger av ansvaret for å yte spesialisthelsetjenester. Gjennomgang av fylkeskommunenes planer for rehabilitering og habilitering, kartlegging av eksisterende tilbud og evaluering av tilskuddsmidler for styrking av feltet viser at fylkeskommunene har fulgt opp sine planer på området. Voksenhabiliteringstjenester er opprettet i alle fylker. Det samme gjelder med barnehabilitering og tilbudet til slagpasienter. Egne rehabiliteringsavdelinger er opprettet i 15 fylker. Stimuleringstilskuddet som ble innført i 1994 til fylkeshelsetjenesten har også bidratt til å styrke tilbudet til prioriterte målgrupper og til mer systematisk planlegging av tilbudet.

Som et ledd i arbeidet med å utvikle bedre samarbeidsrelasjoner mellom kommuner og

fylkeskommuner på rehabiliteringsfeltet, arrangerte departementet i desember 1999 et dagseminar for representanter fra alle landets fylkeskommuner. Formålet med seminaret var å gi informasjon om hva departementet forventer, samt bidra med kunnskap og inspirasjon for å sette i gang dette arbeidet.

Kap. 0719 Helsefremmende og forebyggende arbeid

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	283	240	250
21	Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren, *kan overføres*	56 859	34 250	35 500
50	Norges forskningsråd		24 200	26 900
61	Mammografiscreening	59 976		
66	Handlingsplan mot selvmord, *kan overføres*	7 195	7 700	
70	Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien og smittevern, *kan overføres*	20 295	25 200	26 000
71	Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap m.v.	18 695	18 600	16 650
72	Stiftelsen AAN-Alternativ til abort i Norge	11 100	11 410	10 750
	Sum kap 0719	174 403	121 600	116 050

Det er overført fra 1999 til 2000:
Post 66: 505 000 kroner
Post 70: 805 000 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 rundt 400 og saker som kommer opp i klagenemnd rundt 25.

Post 21 Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren m.v., kan overføres

Posten foreslås styrket med 3,2 mill. kroner, herav 0,8 mill. kroner overført fra kap. 710, post 01, i forbindelse med at ansvaret for forskningssenteret i Verdal – som ivaretar den daglige driften av Helseundersøkelser i Nord-Trøndelag – overføres fra Statens institutt for folkehelse til Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet i Trondheim (NTNU).

Posten foreslås videre redusert med 3 mill. kroner som overføres til kap. 710, post 01 til å dekke permanent drift av Norgeshelsa – nasjonalt helseindikatorsystem – (2 mill. kroner) opprettet i tråd med St.meld. nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid, jf. Budsjett-Innst. S. nr. 118 (1993-94), samt igangsetting av hovedprosjektet under mor-barn-undersøkelsen (1 mill. kroner).

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 inneklimasykdommer (1998-2002) og Handlingsplan miljø og helse fortsetter i 2001. Handlingsplanen for forebygging av belastningslidelser ble avsluttet i 1998, mens arbeidet med å styrke fysisk aktivitet i befolkningen fortsetter i regi av Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. Forebyggingsinstitusjonene bidrar aktivt innenfor oppfølgingen av handling-

splanene, og i arbeidet med mat og ernæring, tobakksskadeforebygging, strålevern og kreft, jf omtale under etatskapitlene.

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), vil virksomheten knyttet til HUNT styrkes i 2001.

Resultatrapport 1999/2000 tilstandsbeskrivelse

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

I perioden 1990-99 har helsestasjons- og skolehelsetjenesten hatt en vekst på om lag 66 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, 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 både i fylkene og i kommunene bidro Aksjonsprogrammet 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 helsestasjon- 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 tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet for å fremme barn og unges helse og oppvekstkår. Skolehelsearbeidet er en viktig del av denne satsingen. Departementet har høsten 1999 utarbeidet rundskriv med en samlet oversikt over den nasjonale strategi for utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, som er sendt til landets kommuner. Oppfølging av innsatsene har fortsatt i 2000 i samarbeid med fylkeslegene.

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 er sendt på bred høring, og vil bli fulgt opp gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse. Høsten 1999 ble et undervisningsopplegg om forebygging av spiseforstyrrelser ferdigstilt. Undervisningsopplegget er distribuert til alle landets ungdoms- og videregående skoler, til helsestasjon- og skolehelsetjenesten og institusjoner innen barne- og ungdomspsykiatrien. Videre ble det fremlagt en strategiplan mot spiseforstyrrelser hvor forebygging inngår.

Skader etter ulykker

Den tverrdepartementale handlingsplanen for forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid (1997-2002) koordinerer statlig innsats for å få skadetallene ned og begrense skadekonsekvenser for den enkelte og for samfunnet.

Kommunebasert utviklingsarbeid er vektlagt. Nærmere 50 kommuner arbeider innenfor rammen av Trygge lokalsamfunn – et konsept for ulykkesforebygging på lokalplanet i regi av WHO. Skaderegisteret ved Folkehelsa er videreutviklet, og det er utarbeidet mal og manual for skaderegistrering i primærhelsetjenesten.

Handlingsplanen vektlegger også motorisk mestring for å forebygge ulykkesskader blant barn og unge. Det er tatt initiativ til samarbeidstiltak for å skape gode vilkår for fysisk aktiv utfoldelse og forsvarlig sikkerhet på barn og unges hverdagsarenaer.

Innenfor fritidssektoren er det en økning i risikofylte aktiviteter. Skader på snøbrett, rullebrett og rulleskøyter viser betydelig økning i perioden 1990-98. Helseundersøkelsen i Oslo vil gi informasjon om risikoeksponering og bruk av sikkerhetsutstyr blant ungdom. 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. 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 inneklimasykdommer

Astma, allergi og luftveissykdommer er som sykdomsgruppe årsak til betydelig kronisk sykelighet 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 sykelighet 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. I forbindelse med bl.a. Lokal Agenda 21 og Handlingsplanen miljø og helse tyder mye på at miljørettet helsevern i kommunene må intensiveres. Dette innebærer såvel faglig som organisatorisk oppgradering. Flere av landets kommuner har et utstrakt samarbeid med det kommunale næringsmiddeltilsynet i dette arbeidet. Det er behov for fornyet regelverk og faglige retningslinjer som ivaretar næringsmiddeltilsynet som en helsemyndighet.

Statens strålevern har utarbeidet et nasjonalt informasjonsopplegg om elektromagnetiske felt og helse. Et ekspertutvalg som har vurdert de fem siste års forskning innenfor feltet elektromagnetiske felt og helse, leverte sin innstilling våren 2000. Utvalget konkluderer bl. a. med følgende: "De vitenskapelige holdepunkt for at eksponering for svake EMF (elektromagnetiske felt) kan ha helsemessige effekter er fortsatt svake. I tiden 1994-2000 er flere hypoteser avkreftet som sannsynlige forklaringsmodeller, men noen nye er kommet til. Totalt sett synes hypotesene ikke å gi et klarere bilde av mulige mekanismer for hvordan svake felt kan gi en biologisk effekt nå enn for seks år siden." Departementet finner derfor at det ikke er grunnlag for å endre den forvaltningsstrategien ("føre-var") som Stortinget sluttet seg til ved behandlingen av saken i 1998 (St.prp. nr. 65 1997-98).

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 WHOs "Tobacco-free initiativ" ble avholdt i Oslo i februar 2000.

EUs folkehelseprogrammer

Fra 1997 har Norge sluttet seg til EUs folkehelseprogram, jf. St.prp. nr. 31 (1996-97). Opprinnelig hadde programmet 3 delområder; helsefremming og helseopplysning, bekjempelse av kreftsykdommer og bekjempelse av AIDS og andre smittsomme sykdommer. Fra 2000 dekkes ytterligere 3 delområder over denne posten; helseovervåking, forebygging av ulykker og forurensningsrelaterte sykdommer.

Satsingsområder og mål 2001

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

I 2001 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.

Oppfølging av den nasjonale strategi for utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten "Helsestasjon for barn og ungdom 0-20 år i fokus" (1999-2003) fortsetter i 2001 i samarbeid med fylkeslegene, Folkehelsa og Helsetilsynet.

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 vil bli utarbeidet et rundskriv om psykososialt arbeid med barn og unge i kommunene.

Skader etter ulykker

Handlingsplanen på hovedinnsatsområdet ulykkesforebygging vil bli videreført, herunder WHO-konseptet Trygge lokalsamfunn. Den epidemiologiske situasjonen med lårhalsbrudd i Norge er alarmerende. Forebygging av fall hos risikogrupper er et effektivt tiltak for å forebygge lårhalsbrudd. Det er behov for implementering av tilgjengelig kunnskap, utforming av effektive fore-

byggingsstrategier og økt satsingen på forebyggende tiltak med dokumentert effekt.

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. Det vil bli utarbeidet og distribuert informasjonsmateriale for den generelle befolkningen med hensyn til inneklima.

Miljø og helse

Når det gjelder miljørettet helsevern vil oppfølgingen av Handlingsplan for miljø og helse fortsette i 2001. Det vil videre bli utviklet nytt regelverk på området miljørettet helsevern i kommunene samt veiledningsmateriale. Samarbeidet med Miljøverndepartementet om Lokal Agenda 21 om miljø og helse vil fortsette. Det vil bli utarbeidet en metodebeskrivelse for konsekvensutredninger av tiltak som kan ha betydning for helse og trivsel.

Andre forebyggingsområder

Det foreslås videre avsatt midler over denne posten til deler av EUs folkehelseprogram, jf pkt 2 over, samt til Ammehjelpen som i 1999 og 2000.

Post 50 Norges forskningsråd

Forskning i regi av Norges forskningsråd er et viktig bidrag til kunnskapsgrunnlaget for nasjonale forvaltningsoppgaver og politikkutforming. Det foreslås bevilget 26,9 mill. kroner som skal dekke igangværende og nye forskningsprogrammer knyttet til programkategori 10.10 Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering. Forskningsprogrammene har normalt en varighet på 4-5 år og administreres av Norges forskningsråd.

Forskning er ett av flere virkemidler for å styrke grunnlaget for helsefremmende og forebyggende arbeid og rehabilitering. Denne forskningen skal bidra til innovasjon, bedre dokumentasjon av effekter av forebyggings- og rehabiliteringstiltak og mer systematisk og kritisk bruk av etablerte virkemidler.

Forskningsprogrammene gjennomføres i tråd med vedtatte programplaner. Sosial- og helsedepartementet har representanter i programstyrene. Det mottas årsrapport fra Norges forskningsråd.

Helse og livsstil

Forskningsprogrammet er et resultat av en sammenslåing av programmene om forskning om Forebyggende helsearbeid, Helse og sykdom i et kulturelt perspektiv og Rusmiddelforskningsprogrammet. De tre hovedutfordringene i programmet er 1) å ta som utgangspunkt, men også bidra til å beskrive sentrale rammebetingelser for helse og velferd ved dagens samfunnsutvikling, 2) å identifisere og beskrive områder av særlig stor betydning for helse og velferd hvor vår empiriske kunnskap er mangelfull, samt 3) å gi kunnskap om effektive måter å drive helsefremmende og forebyggende arbeid på. Programmet er i en oppstartingsfase, og det vil i løpet av høsten 2000 bli utarbeidet et eget programnotat for satsingen. Det bevilges også midler fra kap. 614, post 50 til programmet.

Kommunale beslutningsprosesser og statlig intervensjon

Sosial- og helsedepartementet er et av de departementer som har desentralisert flest oppgaver til kommunesektoren. 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. Departementet er spesielt opptatt av Kommunelovprogrammets fokusering på styring i kommuner og fylkeskommuner, statlig styring og kontroll av kommunesektoren og forholdet til innbyggerne. Forskningsprogrammet vil i tillegg til å være av stor interesse for helse- og sosialsektoren, ha stor betydning for spørsmål som gjelder styrking av folkehelsearbeidet i kommuner og fylkeskommuner. Programmet er tverrdepartementalt finansiert.

Miljø og helse

Miljø og helse har formell start i 2001 og viderefører programmene Miljøforurensning og helse og Inneklima og helse. Programmets overordnede mål er å fremskaffe god kunnskap om sammenhengen mellom miljøfaktorer og helse for derigjennom å redusere miljørelaterte helseplager.

Problemer i forbindelse med sammenhengen mellom miljøfaktorer og helse er økende, f.eks. knyttet til astma, allergi og inneklimasykdommer (bl.a. i skoler og barnehager), kreft, sykdommer

som følge av feilaktig ernæring, luftforurensninger og støy m.m. Forskning på dette området er grunnleggende for å kunne foreta risikovurderinger og foreslå forbedringstiltak. Programmet vil videreføre intensjonene i Regjeringens Handlingsplan for miljø og helse. Det er et stort forskningsbehov på feltet, og flere norske forskningsmiljøer vil kunne bidra til å belyse eksisterende helseproblemer.

Programmet finansieres i hovedsak av SHD, MD og KUF.

Helse i arbeidslivet

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 og mekanismer for utvikling av 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, er blant satsinger som har prioritet. Programmet finansieres fra Sosial- og helsedepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet og Næringslivets hovedorganisasjon. Det bevilges også midler fra kap. 675, post 50 til programmet.

Mat og helse

Forskning om sammenhengen mellom mat og helse er en ny satsing fra 2000. Bakgrunnen for satsingen er at sammensetningen av kostholdet spiller en viktig rolle for flere av dagens folkesykdommer. Samtidig dokumenteres stadig nye sammenhenger mellom kostfaktorer og helse. Forbrukernes bevissthet om kostholdets betydning er økende, men de faktiske kostholdsendringene er vanskelig å få til. De forskningsmessige utfordringene innenfor dette programmet er for det første knyttet til hvordan kostholdet påvirker normale fysiologiske funksjoner og risiko og sykdomsforløp for kroniske sykdommer, og for det andre hvilke typer strategier og tiltak som med på å påvirke valg av matvarer og kosthold i gunstig retning.

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 knyttet til vannkvalitet og helse, og hvordan disse utfordringene kan møtes med vannbehandlingsteknologi.

Prioriterte områder for tildelingen er vannkvalitet og helse, behandling av drikkevann, vedlikehold og økonomi, distribusjonssystemer og vannkvalitetsovervåking.

EUs strålevernprogram

Programmet har som målsetting å bringe fram vitenskapelig kunnskap for objektivt å kunne vurdere effekter av radioaktiv stråling, og utvikle metoder for å bedre beskyttelsen mot stråling. Innsatsen vil bli rettet mot hvordan strålingen opptrer fra naturlige, medisinske og industrielle kilder, og forståelse av helsemessige konsekvenser og behandling av overeksponering. 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 vesentlig kunnskap som grunnlag for å velge de riktige og nødvendige tiltakene for å få kontroll med det truende resistensproblemet. Videre er det få tiltak hvor effekten er målt. Det er derfor et behov for å styrke forskningsinnsatsen på dette området.

Post 61 Mammografiscreening

Posten er fra 2000 flyttet til kap. 739, post 66.

Post 66 Handlingsplan mot selvmord, og videre oppfølging etter planperioden, kan overføres

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

Det foreslås bevilget 26 mill. kroner til disse formålene i 2001. Bevilgningen går i hovedsak til å dekke oppfølgingen av Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996-2000, som prolongeres ut 2001, og Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens (2000-2004).

Formål og hovedprioriteringer

HIV/AIDS-epidemien

Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996-2000 fokuserer på 2 hovedmål: Å redusere antall HIV-nysmittede og å bedre livskvalitet og forlenge levetid til personer med HIV og AIDS for perioden 1996-2000 sett i forhold til perioden 1990-1995. Handlingsplanen er gjenstand for en omfattende evaluering som vil foreligge 1. desember 2000. Evalueringen vil sammen med annet erfaringsmateriale ligge til grunn for arbeidet med en ny strategi for den framtidige HIV/AIDS-politikken i Norge.

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.

Resultatrapport 1999/2000

HIV/AIDS-epidemien

Sentrale helsemyndigheter har de siste årene fått foretatt uavhengige evalueringer av de fleste større HIV/AIDS-forebyggende aktivitetene. Sammen med den pågående evalueringen av Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996-2000 vil det foreligge et godt grunnlag for framtidig HIV/AIDS-politikk. 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 innsatsområdet 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 Interesseorganisasjons prosjekt rettet mot massasjeinstitutter.

For 2000 er det ut fra den epidemiologiske situasjonen fokusert noe sterkere på enkelte grupper heteroseksuelle: turister til deler av verden med høyere forekomst av HIV/SOS enn Norge, asylsøkere og flyktninger og ungdom.

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 smittever-

net 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 smittevernsamarbeid 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 vil i løpet 2000 fastsette en Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa. Oppfølging av NOU 1998:3 Utryddelse av tuberkulose? Strategi for fremtidig tuberkulosekontroll skjer gjennom en arbeidsgruppe som skal vurdere revisjon av forskriften om tuberkulosekontroll. Forslag til revidert forskrift vil bli sendt på høring i løpet av 2000. Videre har det vært arbeidet med forskrifter om bekjempelse av skadedyr og kompetanseoppbygging ved Folkehelsa innen dette området av smittevernet.

Tilstandsvurdering

HIV/AIDS-epidemien

I 1999 ble det diagnostisert 147 nye HIV-smittede mot 98 i 1998. Tilfellene fordeler seg på 94 menn og 53 kvinner. Som i 1998 er den norske HIV-epidemien sterkt preget av den internasjonale situasjonen. Av HIV-tilfellene meldt i 1999 er 75 prosent smittet i utlandet. 58 prosent er av utenlandsk opprinnelse.

Siden 1998 er det registrert en markant økning i antall smittetilfeller fra Asia, spesielt nordmenn på turistreiser og asiatiske kvinner som kommer til Norge. Denne utviklingen fortsatte i 1999. Det samme gjelder i gruppen personer fra høyendemisk fødeland, i hovedsak asylsøkere og flyktninger som er smittet før ankomst til Norge. Andel HIV-positive i gruppen menn som har sex med menn har økt noe i forhold til 1998 og 1997. Det er for tidlig å si om dette innebærer en økende insidens i denne gruppen, men tallene understreker at gruppen fortsatt er sårbar for HIV-smittte. Også i denne gruppen er et relativt stort antall smittet i utlandet. Syfilisutbruddet som hadde sitt utspring i saunaene i Oslo i 1999, tyder på at det fortsatt er stor grad av risikosex blant menn som har sex med menn. På tross av et omfattende og langvarig utbrudd av hepatitt A og B blant injiserende stoffmisbrukere, ses det fortsatt ingen tegn til økende HIV-smitte i gruppen. To barn som ble meldt perinatalt smittet i 1999, var født i utlandet.

Etter at mer effektive behandlingsformer mot HIV-infeksjon ble tatt i bruk i 1996, er det i Norge som i andre vestlige land, en kraftig reduksjon både i AIDS-insidens og antall dødsfall. I 1999 ble det registrert det laveste antall AIDS-tilfeller og AIDS-relaterte dødsfall siden midt på 80-tallet. Tallet ser ut til å kunne ble enda lavere i 2000.

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. Forekomsten av tuberkulose er høy, dels forårsaket av bakterier som er resistente mot vanlig antibiotikabehandling. Sykehusinfeksjoner og smittestoffers resistens mot antibiotika er en vedvarende trussel. En indikator på dette er at det i 1999 ble registrert 88 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 streptokokk- og pneumokokksykdommer har i 1999 holdt seg på et stabilt, men meget høyt nivå.

Satsingsområder og mål for 2001

HIV/AIDS-epidemien

Det viktigste overordnede tiltaket i 2001 vil være å utarbeide og fatte beslutning om den framtidige

strategien for forebygging av HIV/AIDS/SOS fra 2002. Departementet tar sikte på å arrangere en nasjonal konferanse i 2001 hvor bl.a. dette skal være et hovedtema.

Helsemyndighetene ønsker fortsatt å markedsføre HIV-testing i de gruppene som er under størst risiko for å bli smittet. Veiledningen av leger om smitteoppsporing og symptomer på HIV-infeksjon skal styrkes.

Forebyggende tiltak overfor menn som har sex med menn skal prioriteres. Fra ulike deler av verden som USA og Australia er det kommet foruroligende informasjon om økt nysmitte i homo- og bifile miljøer. Dette må vi også ta høyde for i Norge. Med bakgrunn i den epidemiologiske situasjonen med økende nysmitte blant grupper av heteroseksuelle og asylsøkere, flyktninger og andre med innvandrerbakgrunn må det forebyggende arbeidet på dette innsatsområdet opprioriteres. Innsatsen overfor injiserende stoffmisbrukere vil fortsette og eventuelt styrkes dersom den epidemiologiske situasjonen tilsier det. Både Aidsinformasjonsbussen og Aidsinformasjonstelefonen er lavterskeltilbud som når mange.

Med utgangspunkt i MSIS arbeides det med en detaljstudie om nordmenn smittet av HIV i utlandet som grunnlag for målretting av forebyggende tiltak. Prosjektet om reiselivsmedisin og tiltak i samarbeid med det kommunale smittevernet og reiselivsbransjen vil videreføres.

Prosjektet "Smittevern for alle" vil bli avsluttet i 2001 med sikte på iverksetting av en mer permanent kommunikasjons- og informasjonsstrategi overfor personer med innvandrerbakgrunn fra 2002. Fylkeslegene vil fortsatt stå sentralt i arbeidet med å ansvarliggjøre landets kommuner til å styrke arbeide med HIV-forebygging og smittevern.

Det er en prioritert oppgave å støtte den aktiviteten som angår HIV-positives og AIDS-sykes situasjon. Det er fortsatt behov for mer kunnskap om HIV-positives og AIDS-sykes levekår, og hvordan livssituasjonen har endret seg for mange pga de bedrete medikamentelle behandlingsmulighetene. Det vil i 2001 være en prioritert oppgave å se spesielt på HIV-positive kvinners situasjon.

Smittevern

I forbindelse med fredstidskriser, krigshandlinger, masseturisme og økt migrasjon vil forekomsten av smittsomme sykdommer i Norge raskt kunne endres. Innenfor feltet antibiotikaresistens vil en viktig oppgave i 2001 være å følge opp Tiltaksplan for å motvirke atibiotikaresistens. Oppfølging av Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa blir også prioritert. Det tas sikte på at ny forskrift om bekjempelse av skadedyr vil tre i kraft fra 01.01.2001. Det vises ellers til omtalen under kap. 710 Folkehelsa hvor smittevernet også er omtalt. Det tas videre sikte på å iverksette en ny forskrift om tuberkulosekontroll fra 1.7.2001. Siktemålet med den nye forskriften er å gjøre tuberkulosekontrollen mer målrettet. Det legges videre opp til en styrking av fylkeskommunens og kommunens kompetanse på tuberkulosekontroll.

Post 71 Tilskudd til opplysningstiltak, forebygging av uønskede svangerskap m.v

Posten benyttes til å gjennomføre lov om svangerskapsavbrudd og følge opp Handlingsplan for førebygging 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. Det foreslås bevilget til sammen 16,65 mill. kroner til disse formålene i 2001.

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.

Resultatrapport 1999/2000

Departementet ga Asplan Analyse i oppdrag å evaluere forrige handlingsplanperiode 1995 – 98. Evalueringsrapporten forelå i august 2000, med blant annet følgende konklusjon:

- det er iverksatt 166 tiltak i planperioden med kommunikasjon og informasjon som sentrale virkemidler. Dokumentasjonsanalysen som er basert på tildelingsbrev og handlingsplanens spesifiseringer av innsatsområder og tiltak, gir grunnlag for å konkludere at samtlige innsatsområder og prioriterte tiltak er fulgt opp. Evalueringen viser at det er godt samsvar mellom innsats og mål
- gjennomgående viser dataene at man i stor grad har klart å nå fram til målgruppene. Resultater fra intervjuer og surveyundersøkelsen peker på at man i stor grad har lykkes med

brukertilpasning i forbindelse med gjennomføring av tiltakene
- den overordnete konklusjonen er at både de lokale prosjektene og de statlig initierte prosjektene har vært vellykkede, og har supplert hverandre på en effektiv måte
- på bakgrunn av de resultater man har oppnådd og de gode erfaringer som blir dokumentert i evalueringen, er det grunn til å konkludere med at ressursene synes å ha vært brukt riktig og i tråd med intensjonene.

Departementet ga Senter for samfunnsforskning (SEFOS) i oppdrag å evaluere tilskuddsordningen for abortforebyggende tiltak for 1998-99. Det er blitt bevilget 2 mill. kr pr år til denne ordningen som har vært kunngjort i pressen og Norsk lysningsblad. Evalueringen konkluderer blant annet med at potensialet for ordningen synes å være mindre enn antatt. Mange av søkerne fikk også tildelt midler fra Handlingsplanen for forebygging av uønskete svangerskap og abort, og tiltakene dekkes gjennom denne.

På bakgrunn av konklusjonen i ovennevnte evaluering foreslås det at tilskuddsordningen ikke følges opp i 2001.

Handlingsplan for førebygging av uønsket svangerskap og abort 1999-2003

Mål og innsatsområder for den nye 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 uønskte svangerskap og abort er hovedmålgruppene for arbeidet med å forebygge uønskede svangerskap. Det styrende prinsippet skal være at målgruppene skal ha best mulig utgangspunkt for å velge ønskede svangerskap. Når det gjelder forebygging av abort er målgruppen alle gravide, spesielt kvinner og par som vurderer abort. De sentrale innsatsområdene i kommende periode er å:
- arbeide for å gjøre barn og unge bevisste på sin egen kropp og seksualitet, og legge grunnlag for etiske valg
- gi opplæring og formidle verdier til ungdom om samliv og seksualitet, noe som kan fremme ungdom og unge voksne sin evne til å ta avgjørende og etisk reflekterte livsvalg om samliv og seksualitet
- bedre tilgangen til prevensjon og prevensjonsrettleiing
- sikre god informasjon i sammenheng med abort, og sikre at gravide kvinner eller par som ønsker det, får tilbud om veiledning
- støtte opp om forsking og evaluering av spørsmål knyttet til forebygging av uønskede svangerskap og abort.

Tiltak for å følge opp St.meld. nr. 16 (1995-96) Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd m.m. er inkludert i handlingsplanen - herunder arbeidet med å styrke undervisning i emnene samliv, seksualitet og prevensjon på ungdomstrinnet 8.-10. klasse og i den videregående opplæringen i samarbeid med Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og Nasjonalt senter for læring og utvikling.

Forsøk med samlivs- og prevensjonsveiledning i kommuner 1997-2000 er i gang i utvalgte bydeler i Trondheim kommune, og avsluttes våren 2001. Det overordnede målet med forsøket er å redusere antall uønskede svangerskap og aborter og bidra til økt ansvarsbevissthet. Dette skal bl.a. oppnås ved økt satsing på samliv- og prevensjonsopplysning og utdeling av gratis prevensjonsmidler fra helsestasjon. Jordmødre og helsesøstre er fra 1. juli 1998 gitt begrenset adgang til å forskrive/utlevere p-piller som ledd i forsøksvirksomheten. Forskning om forebygging av uønsket svangerskap og abort m.v. er etablert som et eget område under forskningsprogrammet Helse og livsstil i regi av Norges forskningsråd, jf. kap. 719, post 50.

Hjelpetelefonene

SUSS-telefonen for ungdom er evaluert av Agenda i 1998. Tilbudet når ut til en stor ungdomsbefolkning over hele landet og gir opplysning om bl.a. samliv, seksualitet og prevensjon. Telefonen er gratis og anonym og betjenes av kvalifisert personell. Resultater av evalueringen viser at tilbudet har høy faglig kvalitet. Rådgivningstelefonen Seksuell helse er en hjelpetelefon rettet mot voksne. Den ble etablert høsten 1997 og betjenes av leger. Begge hjelpetelefonene drives av stiftelsen Senter for ungdom, samliv og seksualitet SUSS.

Tilstandsvurdering

Utviklingen i aborttallene

I 1999 ble det utført 14 251 svangerskapsavbrudd i Norge. Dette er en økning på 1,6 prosent sammenlignet med 1998. Tallet på svangerskapsavbrudd er fortsatt lavt sett i forhold til første halvår av 1990-tallet. Bare tre år på 1990-tallet kan vise til et lavere aborttall. Siden bestemmelsen om selvbestemt abort ble innført i 1979, har antall svangerskapsavbrudd variert fra 13 531 i 1982 til 16 208 i 1989.

Satsingsområder og mål 2001

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 helsetilsyn følger opp videreføring av stimuleringstiltak for å fremme samarbeidet mellom skole, skolehelsetjeneste og ungdomshelsestasjon i kommunene. Hensikten er å sikre at ungdom kan få best mulig tilbud om undervisning og veiledning. Prioriterte tiltak er bl.a

- utarbeidelse av veileder for ungdomshelsestasjonene
- videreføring av målrettede infotiltak – hovedvekt på ung til ung formidling
- kompetansebygging og veiledningsmateriell til nøkkelpersonell som arbeider med funksjonshemmede og psykisk utviklingshemmede.

Økt kontroll over egen fertilitet hos unge kvinner og lett tilgjengelighet til prevensjon for både unge kvinner og menn er antakelig det som vil gi størst gevinst i form av nedgang i aborttallene. Hovedvekt vil derfor bl.a legges på:

- videreføring av målrettede tiltak for å bevisstgjøre om sikker prevensjon
- tiltak som kan senke barrierer for bruk av sikre prevensjonssmetoder for jenter
- videreføring av tiltak som gjør kondomer lettere tilgjengelig for gutter
- kompetanseheving for å sikre høyt kunnskapsnivå i helsetjenesten om de sikreste prevensjonsmetodene.

Innsats i forhold til grupper med særlig sårbarhet i forhold til uønsket svangerskap og abort vil være

- landsdekkende tiltak med skolering av småbarnsforeldre og nøkkelpersonell
- videreføring av plan for utvikling av informasjons- og veiledningstilbud til ungdom og unge voksne med etnisk minoritetsbakgrunn.

Departementet vil følge opp følgende tiltak:

- informasjonsbrosjyrene om abortloven m.v. suppleres med to brosjyrer om henholdsvis ultralyd og forstervannsdiagnostikk
- forsøket med samlivs- og prevensjonsveiledning i Trondheim kommune avsluttes i 2001. Resultatene vil gi grunnlag for beslutning om evt. forskrivningsrett på lavdoserte p-piller til helsesøstre og jordmødre
- veiledningsmateriell til lærere i ungdomskolen og videregående opplæring skal ferdigstilles og implementeres
- tiltak for å forebygge repeterende aborter er under kartlegging av Sintef Unimed som evaluerer nåværende praksis for etterkontroll og prevensjonsveiledning etter en abort, samt en brukerundersøkelse om ønskelig informasjon og veiledning.

Post 72 Stiftelsen AAN - Alternativ til abort i Norge

AAN er en frivillig organisasjon som arbeider med en målsetting om å verne det ufødte liv ved å tilby rådgivning, hjelp og støtte til kvinner eller par som er blitt uønsket gravide. AAN har 19 distriktskontor med ansatte rådgivere og frivillige som arbeider for organisasjonens målsetting.

AAN hadde i 1999 et budsjett på til sammen 15 294 250 kroner. Offentlig støtte utgjør ca 93 pst. av inntektene og private gaver og andre inntekter 7 pst. Det statlige tilskuddet er gitt som rundsumtilskudd. AAN legger vekt på å være et rådgivningskontor for gravide, og samtaletilbudet er rettet mot kvinner eller par både før og etter valget om abort eller svangerskap. AAN har både et gruppetilbud og tilbud om praktisk hjelp. Disse tilbudene er i hovedsak rettet mot kvinner som velger å fullføre svangerskapet, og det er frivillige som står bak aktivitetene.

AAN ga 9 658 individuelle konsultasjoner i 1999. Totalt ble AAN kontaktet av 7 107 brukere, en økning på 8 pst sammenlignet med 1998. Av disse ønsket 6 591 individuelle samtaler, mens de øvrige oppsøkte gruppetilbudene. Oslokontoret hadde flest brukere, etterfulgt av Hordaland, Vestfold og Trøndelag.

Det foreslås bevilget 10,75 mill. kroner til AAN i 2001.

Programkategori 10.30 Somatiske spesialisttjenester

Programkategori 10.30 omfatter tiltak innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste, uavhengig av hvilket forvaltningsnivå tjenesten er forankret i, og refusjoner til offentlige psykiatriske poliklinikker, under kap. 730, post 61 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus m.v.

Under denne programkategorien er nå samlet:

- den fylkeskommunale somatiske spesialisthelsetjeneste
- somatiske helseinstitusjoner som enten eies av staten eller der staten etter gjeldende regler dekker (samtlige) driftsutgifter
- prioriterte områder der behandlingskapasiteten skal økes

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på kapitler:

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001	Pst. endr. 00/01
0730	Fylkeskommunenes helsetjeneste	16 165 021	16 610 100	18 744 200	12,8
0731	Rikshospitalet	1 440 257	1 162 500	1 068 600	-8,1
0733	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling	4 513	4 530	4 700	3,8
0734	Det Norske Radiumhospital	430 541	297 900	298 600	0,2
0735	Statens senter for epilepsi (jf. kap. 3735)	125 844	123 470	132 300	7,2
0737	Barnesykehus (jf. kap. 3737)	43 805	42 700	44 200	3,5
0738	Helsetjenesten på Svalbard (jf. kap. 3738)	13 766	11 280	12 500	10,8
0739	Andre utgifter	671 226	848 800	871 600	2,7
	Sum kategori 10.30	18 894 973	19 101 280	21 176 700	10,9

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på postgrupper:

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001	Pst. endr. 00/01
01-23	Statens egne driftsutgifter	266 909	247 263	280 320	13,4
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	2 452	3 217	3 580	11,3
50-59	Overføringer til andre statsregnskap	1 870 798	1 483 700	1 392 800	-6,1
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	16 585 148	17 257 000	19 447 500	12,7
70-89	Andre overføringer	169 666	110 100	52 500	-52,3
	Sum kategori 10.30	18 894 973	19 101 280	21 176 700	10,9

Overordnet formål med programkategorien

Regjeringen legger til grunn overordnede målsettinger som Stortinget tidligere har sluttet seg til for helsevesenet. Satsingen i dette budsjettet er rettet inn mot å skape grunnlag for ytterligere aktivitetsvekst i sykehusene. Det foreslås også store bevilgninger for å oppfylle kreft- og utstyrsplan som Stortinget har sluttet seg til. Stortinget bevilget ekstra midler til sykehusene gjennom behandlingen av St.prp. nr. 47 (1999-2000) og St.prp. nr. 61 (1999-2000). Dette var et nødvendig løft for å bedre sykehusenes økonomi. Disse bevilgningene er i hovedsak foreslått videreført, og det er satt av midler for å møte utbetalinger som følge av ytterligere aktivitetsvekst i 2001.

De overordnede målsetningene for den somatiske spesialisthelsetjenesten er:

- skape trygghet for at hjelp og behandling er tilgjengelig når sykdom rammer og funksjonsevnen svikter
- tilby en tilstrekkelig behandlingskapasitet innenfor spesialisthelsetjenesten
- sikre en god kvalitet på disse tjenestene
- forbedre omstillingsevne og fleksibilitet for å møte utfordringene med nye behandlingsmetoder og økende forventning til hva sektoren kan levere

Regjeringen prioriterer behovet for store bevilgninger til somatiske spesialisthelsetjenester i dette forslaget til budsjett. Det vil også i fremtiden være et press på økte ressurser til helsetjenesten, noe som skyldes nye behandlingsmuligheter, samtidig som pasientene lever lenger med sin sykdom. Regjeringen vil derfor også arbeide med alle mulige tiltak som kan forbedre helsetjenesten, både i innhold og med tanke på best mulig ressursutnyttelse. Det legges til grunn at det er gevinster å hente på en bedre samordning og utnyttelse av de ressursene som i dag disponeres. Det er derfor startet et arbeid med å fornye helsetjenesten hvor dette står sentralt. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med forslag som inngår i dette fornyelsesarbeidet.

Tilstandsbeskrivelse

Det har vært en generell vekst i aktiviteten i de somatiske sykehusene (Jf. punkt 3 i innledningen). Antall opphold var ca. 815 000 (dag- og døgnopphold), og i tillegg ble det gjennomført 3,44 mill. polikliniske konsultasjoner.

Virkemidler og forventede resultater

Budsjettsatsingen i 2001 er først og fremst rettet inn mot de viktige refusjonsordningene, innsatsstyrt finansiering og poliklinikk, samt utstyrs- og kreftplanen. Det legges til grunn at aktiviteten i sykehusene fortsatt skal øke og at refusjonsordningene skal stimulere til dette. Departementet forutsetter at utstyrssatsingen i sykehusene brukes målbevisst slik at den effektiviserer pasientbehandlingen. De regionale planene er nå til behandling i departementet. Når disse er vedtatt forventes det en rask oppfølging av de tiltak fylkeskommunene er blitt enige om.

Kap. 0730 Fylkeskommunenes helsetjeneste

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
60	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, *overslagsbevilgning*	11 090 960	10 995 000	12 530 000
61	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus m.v., *overslagsbevilgning*	2 857 071	2 945 500	3 200 500
62	Tilskudd til regionsykehus	1 568 255	1 531 900	1 885 000
63	Refusjon godkjente kapitalutgifter	278 262	288 500	290 500
64	Tilskudd til utstyr på sykehus, *kan overføres*	153 488	764 000	764 000
66	Helseregionale og andre samarbeidstiltak, *kan overføres*	11 259	39 000	30 000
67	Andre tilskudd	205 726	46 200	44 200
	Sum kap 0730	16 165 021	16 610 100	18 744 200

Overført fra 1999 til 2000:
Post 64: 374 166 000 kroner
Post 66: 935 000 kroner
Post 67: 20 374 000 kroner

Post 60 Innsatsstyrt finansiering av sykehus

Formål og hovedprioriteringer

Innsatsstyrt finansiering (ISF) startet opp 1. juli 1997 og har virket i vel 3 år. Hovedmålsettingen med finansieringsordningen er å øke aktiviteten ved landets somatiske sykehus på en effektiv måte. Økt aktivitet skal bidra til å redusere unødig venting og sikre innfrielse av ventetidsgarantien. Ordningen stimulerer sykehusene i større grad enn tidligere rammefinansieringsordning til å fokusere på kostnadsforhold og identifisere flaskehalser for effektiv pasientbehandling. Økning i utbetalingene skal avspeile en reell økning i behandlingstilbudet. Dersom det oppstår tvil om dette skal departementet legge saken frem for et rådgivende utvalg, det såkalte avregningsutvalget (se omtale nedenfor).

Nærmere om finansieringsordningen

Finansieringsordningen omfatter pasienter behandlet ved innleggelse, og fra 1. januar 1999 også pasienter behandlet med dagkirurgi og enkelte dagmedisinske prosedyrer. Behandlingen skal skje på oppdrag fra fylkeskommunene ved fylkeskommunale, statlige eller andre offentlig godkjente somatiske sykehus og fødestuer. (Andre offentlig godkjente sykehus vil i praksis si Volvat, Klinikk 8, Røde kors klinikk, Feiring klinikken og Hjertesenteret). Av de statlige sykehusene er Rikshospitalet og Det Norske Radiumhospital inkludert. Fylkeskommunalt henviste pasienter som behandles i utlandet grunnet kapasitetsproblemer ved egne sykehus inngår i ordningen. Innlemming av nye pasientgrupper og markerte kapasitetsutvidelser i ordningen vurderes etter søknad og skal være gjenstand for godkjenning i departementet før eventuell innlemming i ISF. Det er etablert eget regelverk for finansieringsordningen. Retningslinjer for koding og refusjon vil bli beskrevet i dokumentet *"Innsatsstyrt finansiering 2001"*. Dokumentet erstatter tilsvarende dokument gjeldende for 2000: *"Innsatsstyrt finansiering 2000*".

Avregningsprosedyrer

Fylkeskommunene mottar akontoutbetalinger basert på innmeldte aktivitetsplaner og forventede refusjoner i driftsåret. Fylkeskommunene får akontoutbetalinger fra departementet 10 ganger i året. Det vil i 2001 som tidligere, bli foretatt en foreløpig avregning etter at utbetalingsgrunnlaget for 2. tertial er gjennomgått i samarbeid med Norsk Pasientregister (NPR). Endelig avregning vil bli foretatt våren 2002. Fylkeskommunene oppfordres til forsiktig inntektsføring av utestående ISF-refusjoner ved regnskapsavslutningen. Utbetalingsgrunnlaget er pasientdata innrapportert fra sykehusene. NPR og departementet gjennomgår hvert tertial aktivitetstallene for å sikre at de er i tråd med gjeldende retningslinjer for ordningen. Fylkeskommunene og sykehusene gis tilbakemelding om aktivitetstallene etter de tertialvise innrapporteringene.

Et rådgivende utvalg for ISF-registrering skal opprettes

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 den enkelte kliniker som fastsetter de diagnoser og prosedyrer som er grunnlaget for utbetalingene i ISF. Under behandlingen av St.prp. nr. 47 (1999-2000) Om sykehusøkonomi og budsjett 2000, Budsjettinnst. 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 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 finansieringsordningen eller om det er grunnlag for å foreta avkortinger i utbetalingene". Dette er et ikke-partssammensatt utvalg oppnevnt på faglig grunnlag. På bakgrunn av råd fra utvalget vil departementet om nødvendig foreta justeringer i utbetalingsgrunnlaget til den enkelte fylkeskommune. Departementet vil varsle så raskt som det er mulig dersom det avdekkes avvik fra gjeldende regler.

Konsultasjoner om sykehusøkonomien

Under Stortingets behandling av St.prp. nr. 47 (1999-2000) anså sosialkomiteen det som særlig viktig fremover å bringe mest mulig forutsigbarhet inn i finansieringen. Dette kunne etter komiteens mening best gjøres ved å videreføre den referansegruppen som la grunnlaget for St.prp. nr. 47 (1999-2000), slik at en løpende har felles informasjon om utviklingen innen DRG-systemet spesielt og sykehusøkonomi generelt. På denne bakgrunn vedtok Stortinget å be regjeringen om å etablere en konsultasjons ordning for løpende oppfølging av sykehusøkonomien. Referansegruppen er sammensatt av medlemmer fra Kommunenes Sentralforbund, fylkeskommunene sentralt, sykehusadministrasjonene og de berørte departementer. Det første møtet er avholdt. Referansegruppen skal følge den økonomiske situasjonen for sykehusene sett i sammenheng med økonomien i fylkeskommunene og utviklingen i sykehusenes effektivitet. Stortinget vil bli orientert om dette arbeidet første gang i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett.

Resultatrapport 1999

Aktivitetsutvikling

Totalt ble aktivitetsveksten i 1999 målt i antall behandlede pasienter, om lag 4 pst. Veksten i utbetalingene var høyere enn dette, bl.a. som følge av økt pasienttyngde. Det vises til videre omtale i innledningen.

Effektivitetsutvikling

I forbindelse med St.prp. nr. 47 (1999-2000) ble det gjennomført studier av effektivitetsutviklingen i sykehusene i perioden 1992-1998. 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 samlet ressursinnsats fra legeårsverk, annen arbeidskraft og medisinutgifter og utviklingen i antall behandlede pasienter. Analysen viser at effektiviteten målt på denne måten har hatt en svak nedgang fra 1992 til 1996, den øker deretter fra 1996 til 1997, men flater så ut fra 1997 til 1998.

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, eksempelvis lønnsøkninger. 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 legeoppgjøret dette året som medførte betydelig økte lønnskostnader for sykehusene, men er deretter stabil fram til 1998. Nye analyser som departementet har mottatt indikerer et betydelig fall i kostnadseffektiviteten fra 1998 til 1999. Legeproduktiviteten, der en kun ser på forholdet mellom antall legeårsverk og utviklingen i antall behandlede pasienter, svekkes med ca. 5 pst fra 1992 til 1998.

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 bidrar til at det for perioden samlet er en negativ utvikling i kostnadseffektivitet. Den negative utviklingen i kostnadseffektivitet er primært knyttet til lønnsveksten i sektoren. Etter en utflating i kostnadseffektiviteten etter 1997, tyder nye analyser på et fall i kostnadseffektiviteten fra 1998 til 1999. Sett samlet innebærer analysene av kostnadseffektivitet og teknisk effektivitet, at ressursutnyttelsen har blitt bedre, men at ressursene er blitt dyrere. Etter innføringen av innsatsstyrt finansiering har det skjedd en endring i kodings- og registreringspraksis ved sykehusene. Dette kan tyde på at aktivitetsøkningen er overvurdert, og følgelig vil effektivitetsutviklingen kunne gi et noe for gunstig bilde. Pga. mangelfull statistikk er det ikke sett på bruken av medisinsk utstyr som innsatsfaktor. Dersom behandlingen har blitt mer utstyrsintensiv i perioden 1992 til 1999, trekker det også i retning av at beregningene av effektivitetsutviklingen gir et noe for gunstig bilde.

Evaluering av Innsatsstyrt finansiering

Departementet har siden oppstarten av finansieringsordningen engasjert flere forskningsmiljøer for å evaluere ulike sider ved innsatsstyrt finansiering. Resultatene er også delvis brukt til å videreutvikle og oppdatere ordningen i takt med endrede forhold i sykehusene. Resultatene fra evalueringen ble omtalt i St. prp. nr. 47 (1999-2000). I den videre evalueringen vil departementet fokusere på utviklingen i sykehusenes prioritering i inntak og behandling av ulike pasientgrupper, samt utvikling i ventetider, for å ana-

lysere om det skjer en prioritering av "lønnsomme" pasienter.

Med de forandringer som hele tiden skjer i medisinsk teknologi og behandlingsmulighetene, er det et løpende behov for å videreutvikle finansieringsordningen og analysere mulige virkninger som ordningen kan gi. I 2001 er det særlig aktuelt å se på virkninger av krypgrensen, samt virkninger av den planlagte omleggingen av gjestepasientoppgjøret til DRG-baserte priser. I tillegg vil departementet evaluere hvordan ISF påvirker bruk av pasienthotell og poliklinisk behandling.

Bevilgningsbehov og aktivitetsutvikling i 2000

Ved behandling av St.prp. nr. 47 (1999-2000), Budsjett-innst. S. nr. 241 (1999-2000), vedtok Stortinget å øke bevilgningen til innsatsstyrt finansiering i 2000 med 938 mill. kroner. 510 mill. kroner gjaldt dekning av høyere aktivitet i 1999 (etterbetaling) og videreføring av dette høyere aktivitetsnivået i 2000, mens 428 mill. kroner gjaldt justeringer i ISF-ordningen. 215 mill. kroner av tilleggsbevilgningen er brukt til å øke enhetsprisen med 1,9 pst. fra 27 796 kroner til 28 324 kroner. Krypgrensen ble oppjustert med ytterligere en prosent, svarende til ca. 100 mill. kroner. Videre ga Stortingets tilleggsbevilgning grunnlag for å bedre finansieringen av høykostnadsmedisin med 85 mill. kroner. Det er lagt inn midler i ISF-ordningen til å styrke finansieringen av kostbare implantater og dyr medikamentell behandling av leddgikt på sykehus. Dette kommer i tillegg til en styrket finansiering av kostnadskrevende kreftbehandling som omtalt i St.prp. nr. 47 (1999-2000). Aktivitetstallene fra landets somatiske sykehus per 1. tertial 2000 indikerer en vekst i aktivitet på om lag 2 pst. fra 1999 til 2000. Dette er i samsvar med det som er budsjettert. I 2000 ble det etterbetalt 242 mill. kroner for aktivitet i 1999.

Bevilgningsforslag, satsingsområder og resultatmål for 2001

I forslaget til budsjett er det lagt til grunn at satsingen på implantater og kreftbehandling i 2000 videreføres. Departementet vil løpende arbeide med utviklingen av refusjonsordningen for å kunne møte den teknologiske og behandlingsmessige utvikling som finner sted. Lindrende behandling innen kreftbehandling gis i tilknytning til flere diagnoser. Ettersom det innen kreftbehandling er diagnosen som danner grunnlaget for ISF-refusjonen, blir det ikke synliggjort at den lindrende behandlingen er en del av finansieringssystemet. Systemet er i dag utformet slik at det teknisk sett ikke finnes data på hvilken behandling den enkelte pasient får utover kirurgisk behandling, og dermed vil pasientens kreftdiagnose bestemme størrelsen på refusjonen. Sosial- og helsedepartementet er oppmerksom på denne problemstillingen og arbeider for å forbedre registreringspraksisen og datainnsamling, slik at det kan legges til rette for mer målrettet ISF-refusjon.

I statsbudsjettet for 2001 foreslås det avsatt 12 530 mill. kroner til innsatsstyrt finansiering. Budsjettforslaget tar høyde for ytterligere 2 pst. vekst fra aktivitetsnivået i 2000. Opplegget bygger på en videreføring av 50 pst. DRG-refusjon.

Fylkeskommunal medfinansiering

Det vises til omtale av det økonomiske opplegget for kommunesektoren under pkt. 2.3 foran. Budsjettopplegget innebærer en reell vekst i de frie inntektene til fylkeskommunenes på om lag 750 mill. kroner eller ca. 1 ½ pst.

Den forutsatte aktivitetsveksten under ISF-ordningen vil sammen med en antatt vekst på ca. 4 pst. i poliklinisk virksomhet kunne kreve en fylkeskommunal medfinansiering på ca. 300 mill. kroner. Kompensasjon for økte kostnader knyttet til utvidet ferie er i sin helhet lagt på de frie inntektene. Dette innebærer at fylkeskommunene av de frie inntektene må håndtere kompensasjon for økte kostnader i sykehusene knyttet til ferieutvidelsen.

Kryptak

Pasientens hjemfylke får gjennom ISF-ordningen refusjon per sykehusinnleggelse. Refusjonens størrelse bestemmes av registrert pasienttyngde per innleggelse. Økning i den registrerte pasienttyngden kan komme av en reell økning i pasienttyngde, for eksempel at pasientfylket satser på tung ortopedi, og/eller av bedre registrering av pasientbehandlingene. Prinsippet for finansieringsordningen er å utbetale for reell økning i pasienttyngden og ikke for bedre registrering av pasientbehandlingen. Det er imidlertid vanskelig å skille disse to effektene. Det er derfor utarbeidet generelle regler for hvor stor pasienttyngdeøkning som gir økonomisk uttelling for hver fylkeskommune. For 2000 er det tatt utgangspunkt i nivået i 1998. En økning i pasienttyngden på 3 pst. i forhold til 1998 gir økonomisk uttelling.

For å ta høyde for økt pasienttyngde fra 2000 til 2001 foreslås det at basisåret beregnes med

utgangspunkt i 1998 og at taket fastsettes til 4 pst. i forhold til grunnlaget. Dette innebærer at kryptaket heves med 1 pst. fra 2000 til 2001. Dette er anslått til å øke utbetalingene til fylkeskommunene isolert sett med 100 mill. kroner. DRG-indeks og fastsettelsen av taket baseres på opphold med liggetid ett døgn eller mer. Tallgrunnlaget beregnes som tidligere med utgangspunkt i pasientens hjemfylke inkl. opphold ved statssykehusene.

Lavere refusjon for kort liggetid

For 2000 er det en avkorting i refusjon for sykehusopphold hvis pasienten skrives inn og ut samme dag, (eksklusiv dagkirurgi og enkelte medisinske dagbehandlinger). Formålet med denne avkortingen i utbetalingen er å unngå unødvendig innleggelse av pasienter som kunne vært behandlet poliklinisk. I 2001 videreføres denne ordningen hvor refusjonen for opphold med kort liggetid blir avkortet.

Enhetspris

Det må være et visst samsvar mellom løpende kostnadsutvikling og justering i finansieringsordningene, enten det gjøres i de fylkeskommunale rammetilskudd eller i de øremerkede tilskudd fra staten. Dette betyr ikke at staten automatisk skal dekke opp for den faktiske kostnadsutviklingen. Analyser som ble gjennomført i forbindelse med St.prp. nr. 47 (1999-2000) indikerer om lag parallell utvikling i enhetsprisen og enhetskostnaden fra 1995 til 1998.

Analyser foretatt av SINTEF Unimed på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet påviser store kostnadsforskjeller mellom sammenlignbare sykehus. Dette tyder på at det fortsatt er potensiale knyttet til mer effektiv drift på sykehusene. Det er i budsjettforslaget for 2001 derfor foreslått lagt inn et effektiviseringskrav på 100 mill. kroner, eller 0,9 pst., i enhetsprisen. Kompensasjonsordningen for endringer i DRG-systemet i 1999 legges inn i enhetsprisen med 30 mill. kroner, eller 0,3 pst. Samlet sett innebærer dette en prisjustering av enhetsprisen med 3,7 pst., tilsvarende om lag 440 mill. kroner fra 2000 til 2001. Enhetsprisen for 2001 foreslås satt til 29 383 kroner.

Til sammenlikning er den generelle pris- og kostnadsveksten i det økonomiske opplegget for kommunesektoren anslått til 4,3 pst. medregnet konjunkturavgift. Kompensasjon for økte kostnader knyttet til utvidet ferie og læreroppgjøret inngår ikke i denne faktoren. Kompensasjon for disse merkostnadene er i sin helhet lagt på de frie inntektene, til sammen om lag 3,4 mrd. kroner i 2001.

Omlegging av gjestepasientordningen

I sosialkomitéens innstilling om sykehusøkonomi og budsjett 2000, Innst. S. nr. 241 (1999-2000), uttalte et flertall at gjestepasientoppgjøret i nåværende form bør avvikles, og at betaling for behandling i annet fylke bør knyttes opp til ISF-ordningen. Flertallet fremmet deretter i romertallsvedtak forslag om at Regjeringen endrer den nåværende ordning med betaling for behandling av gjestepasienter slik at betalingen knyttes opp til DRG-ordningen.

Sosial- og helsedepartementet legger opp til å endre gjestepasientoppgjøret i løpet av 2001. Tidspunktet avklares nærmere i dialog med fylkeskommunene. Den konkrete utformingen av nytt gjestepasientoppgjør vil senere bli lagt frem for Stortinget. Utgangspunktet for omleggingen ligger i departementets utkast til ny forskrift om gjestepasientoppgjøret, som ble sendt på høring i juli 2000. Høringsrunden avsluttes 6. oktober 2000.

Omleggingen vil innebære at man går bort fra dagens kurdøgnssatser, som avhenger av antall liggedager, og over til et oppgjør der DRG-baserte kostnader legges til grunn. Som i dag gis fylkeskommunene adgang til å inngå egne avtaler om kjøp av behandlingstjenester for gjestepasienter. Departementet anbefaler fylkene om å gå gjennom gjeldende avtaler med sikte på å foreta en revidering der grunnlaget er DRG-pris og ikke kurdøgnpris.

Nye institusjoner i ISF

Sosial- og helsedepartementet har innlemmet åtte nye institusjoner i innsatsstyrt finansiering (ISF).

Felles kjennetegn for disse er at de utgjør en del av fylkeskommunenes spesialisthelsetjenestetilbud. Administrativt fremstår institusjonene enten som avdelinger under sykehus som allerede er med i finansieringsordningen, eller som selvstendige enheter. Følgende kriteria er lagt til grunn for å innlemme institusjonene i ISF:

- pasientbehandlingen er av en slik art at det er naturlig at fylket får refusjon gjennom ordningen med innsatsstyrt finansiering
- det kan leveres aktivitetsdata av tilfredsstillende kvalitet.

Institusjonene er i dag rammefinansiert over fylkeskommunenes frie inntekter. For 2001 vil det blir foretatt trekk i fylkeskommunenes ramme tilsvarende 50 pst. DRG-refusjon. Gitt samme aktivitetsnivå, vil fylkeskommunene få samme inntekter fra staten som før omleggingen, jf. omtale i St.prp. nr. 1 (2000-2001) for Kommunal- og regionaldepartementet. Fra 1.1.99 ble finansierings av dagkirurgi og dagbehandling av cytostatika innlemmet i ISF, og det ble ikke lenger anledning til å benytte poliklinisk takst fra Rikstrygdeverket. Tre mindre poliklinikker ble av tekniske årsaker ikke innlemmet i 1999. Disse er inkludert fra 2001.

Sykestuer

I Budsjett-innst. S. nr. 11 (1999-2000), jf. romertallsvedtak XV, heter det at "Stortinget ber Regjeringen, inntil akuttmeldingen er behandlet, om å bidra til at sykestuer som innehar akuttberedskap, kan opprettholde driften. Stortinget ser det som viktig at disse sykestuene opprettholdes, og at deres framtidige status blir avklart i forbindelse med akuttmeldingen som er ventet våren 2000." Sykestuene er mangfoldige i forhold til organisering og hvilke pasienter som behandles. Noen sykestuer har primærhelsetjenestefunksjoner, mens andre også utfører klare spesialisthelsetjenesteoppgaver. Sosial- og helsedepartementet har vurdert å innlemme sykehusvirksomheten i ISF, men av praktiske årsaker kan dette tidligst skje fra 2002.

ISF omfatter kun spesialisthelsetjenestedelen i sykestuene, og departementet arbeider derfor for å få en samlet løsning for sykestuene som en tar sikte på skal være klar fra 2002. I forbindelse med Regjeringens program for fornyelse av offentlig sektor vil det bli igangsatt et arbeid for å se på statlig virkemiddelbruk i forhold til kommunene på eldreområdet samt forenkling for kommunene og brukerne i pleie- og omsorgstjenestene (sykehjemmenes funksjon), herunder vurdere juridiske og finansielle løsninger i forholdet mellom første- og andrelinjetjenesten.

Mange kommuner i Finnmark har lang avstand til sykehus og sykestuene kan derfor ha en viktig beredskapsfunksjon. For å sikre videre drift av de 42 sykestueplassene i Finnmark foreslår departementet en interimsløsning der det øremerkes 6 mill. kroner over kap. 730, post 67 Andre tilskudd til Finnmark fylkeskommune i 2001. Løsningen innebærer at en her ikke skiller mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste i sykestuene.

Post 61 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv.

Formål

Posten omfatter refusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner, inklusive laboratorie- og røntgenvirksomhet. Det er en målsetting 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. Det er av flere grunner ønskelig å stimulere til økt bruk av poliklinisk behandling. Dette er i tråd med den medisinske utviklingen og hensynet til pasienten, samtidig som det er god samfunnsøkonomi.

Resultatrapport 1999

For å få en mer enhetlig finansiering og for å stimulere til økt behandling uten innleggelse, ble dagkirurgi og cytostatikabehandling fra 1. januar 1999 overført til post 60, innsatsstyrt finansiering. Budsjettposten for polikliniske konsultasjoner ble redusert og en tilsvarende økning lagt inn i budsjettet for ISF. Det var i 1999 budsjettet lagt til grunn en aktivitetsvekst på 1,5 prosent fra 1998 til 1999. Korrigert for dagkirurgi og nye satsinger, er den rene aktivitetsveksten fra 1998 til 1999 på 4,2 prosent.

Det har vært en betydelig vekst innen voksenpsykiatri. Refusjoner til voksenpsykiatrisk behandling har økt med om lag 12 prosent fra 1998 til 1999. Det er betydelig forskjell fylkene imellom når det gjelder utviklingen i refusjonene, fra nedgang i refusjoner på 25 prosent til en vekst på om lag 30 prosent.

I siste halvdel av nittiårene har det vært en betydelig økning i aktiviteten mot personer med rygg- og nakkediagnoser, både med hensyn til polikliniske konsultasjoner og antallet sykehus som utfører slike konsultasjoner. Det ble fra 1. januar 1999 etablert en tverrfaglig behandlingstakst innen fysikalsk medisin og rehabilitering for pasienter som ikke skal opereres. For å gi et særlig insentiv til behandling av trygdede med ryglidelser, ble det også innført en dobbel refusjonssats for denne gruppen. Tiltaket blir evaluert med tanke på helseøkonomiske konsekvenser og oppnådd innsparing for folketrygden. Resultatet fra evalueringen vil foreligge høsten 2001.

Tilstandsvurdering

De siste tiårene har en av de viktigste omleggingene i sykehusorganiseringen vært overføring fra sykehusinnleggelser til poliklinisk og dagmedisinsk/dagkirurgisk behandling. Den medisinske og teknologiske utviklingen med etablering av ny diagnostikk og nye behandlingstilbud påskynder denne utviklingen.

I 2000 ble det i St.prp. nr.1 (1999-2000) bevilget 2 945 mill. kroner til refusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige sykehus. Det ble ikke lagt inn takstøkninger, men budsjettert med en aktivitetsvekst på om lag 5 prosent fra 1999. Budsjettet ble styrket med midler til psykiatri samt opplæring av personer med diabetes.

Ved behandling av St.prp. nr. 47 (1999-2000) *"Om sykehusøkonomi og budsjett 2000 "*sluttet Stortinget seg til regjeringens forslag om å øke bevilgningen til post 61 i 2000 med 80 mill. kroner som kompensasjon for manglende takstøkning i 2000. Etterbetalingen for 1. halvår, totalt 40 mill. kroner, ble forholdsmessig utbetalt til hver enkelt fylkeskommune, basert på størrelsen på utbetalt refusjon i 1999. For 2. halvår ble sykehusene tilført ekstra inntekter gjennom økte egenandeler (30 mill. kroner) som sammen med tilleggsbevilgningen ble benyttet til å oppjustere enkelttakster og rette opp åpenbare skjevheter i takstsystemet.

Rikstrygdeverket har utviklet et kontrollprogram (POLK) til å ivareta kontrollen med sykehusenes refusjonskrav. Fra 1. februar 2000 er alle offentlige poliklinikker pålagt å sende refusjonskravene elektronisk til oppgjørstrygdekontorene. I tillegg til bedre oversikt over ressursbruken, vil også det nye programmet gi bedre og mer oppdatert informasjon om pasientbehandlingen i poliklinikkene ved de offentlige sykehusene. Elektronisk rapportering vil også gi kunnskap om omfang av bruk av enkelttakster.

Budsjettforslag 2001

I budsjettforslaget for 2001 er det avsatt 3200,5 mill. kroner til poliklinisk virksomhet. Forslaget bygger på 4 prosent aktivitetsvekst fra 2000. Forslaget omfatter en videreføring av tilleggsbevilgningen gitt i St.prp. nr. 47 (1999-2000) (80 mill. kroner), økte egenbetaling vedtatt i revidert nasjonalbudsjett 2000 (60 mill. kroner) og takst for påvisning av HIV-resistens (2,4 mill. kroner). Videre er bevilgningen redusert som følge av forslaget om økt egenbetaling fra 1. juli 2001.

I Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2006) er det lagt opp til en kraftig styrking av fylkeskommunale spesialisttjenester. Ett av tiltakene er å øke den samlede polikliniske aktiviteten. I tråd med dette overføres 17 mill. kroner fra Opptrappingsplan for psykisk helse (kap. 743, post 63) til poliklinisk virksomhet.

Fra 1. januar 2001 får offentlige poliklinikker adgang til å avkreve pasienten en betaling på 100,- kroner dersom pasienten uteblir uten varsel eller avbestiller senere enn 24 timer før avtalt tid. Folketrygden dekker ikke dette beløpet.

Det foreslås å tilføye stikkordet "overslagsbevilgning" til kapittel 730, post 61, jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (1999-2000). Overgang til overslagsbevilgning betyr at regelverket blir førende for utbetalingene, ikke en øvre budsjettramme.

Post 62 Tilskudd til regionsykehus

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 bygge opp for større områder enn det enkelte fylke
- stimulere til oppbygging av nye avanserte og kostbare spesialisthelsetjenester som kan/bør forankres på region- eller landsfunksjonsnivå
- ivareta universitetsklinikkfunksjoner, forskning og undervisning, herunder bidra til utbygging av grunnlaget for en fullverdig undervisning.

Regionsykehustilskuddet består av fire deler:

- Tilskudd til basiskostnader som ikke retter seg mot målbar aktivitet, men må anses som en rammefinansiering. Tilskuddet skal gi et økonomisk bidrag til regionsykehusfylkene 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 som er delt inn i lands- og flerregionale funksjoner og kompetansesentra. Landsfunksjoner utføres bare ett sted i landet, flerregionale funksjoner utføres ved flere, men ikke alle regionsykehus,

mens kompetansesentra har et spesielt ansvar for bl.a. å drive faglig utvikling, kompetanseutvikling og veiledning overfor hele landet
- Tilskudd til forskning som er rettet mot konkrete forskningsprosjekter innen klinisk forskning og utprøvende behandling. Tilskuddet bør rettes inn mot gode prosjekter som har vanskelig for å få støtte fra andre kilder
- Tilskudd til undervisning som delvis kompenserer sykehusenes merkostnader ved å motta medisinerstudenter i den kliniske behandlingen.

Samarbeidsorgan

Det er nå opprettet et samarbeidsorgan, som består av representanter fra universitet, regionsykehuset/eierfylket i alle regionene. Samarbeidsorganets viktigste oppgave er å bistå i planlegging, oppfølging og rapportering i forhold til tilskuddet til undervisning og forskning.

Rapportering

Gjennom tildelingsbrevet for 2000 til regionsykehuseierfylkene har departementet stilt krav om rapportering som dels er knyttet til aktivitetsomtale og aktivitetstall, og dels til regnskap for 2000. Krav om regnskap knytter seg til landsfunksjoner, flerregionale funksjoner, kompetansesentra og forskning. Krav om regnskap og rapportering for 2001 vil hovedsakelig følge samme mal som for 2000.

Resultatrapport 1999

Tilskuddsordningen ble lagt om i 1999. Det ble opprettet egne tilskudd til forskning, undervisning og særskilte funksjoner, og rapporteringskravene er endret. Det ble dessuten stilt sterkere krav til styringen av midlene, samt til rapportering av bruken. Departementet har mottatt regnskap og rapporter for bruken av midlene i 1999. Styringen av midlene er styrket som følge av rapporteringsplikten.

Økt tilskudd til medisinerstudenter i 1999 er gått til å dekke utgifter ved sykehusene i forbindelse med økningen på 75 medisinerstudenter i 1996 fordelt på Trondheim, Bergen og Oslo.

Stortinget ba ved behandlingen av budsjettet for 1999 Regjeringen etablere et kompetansesenter for hodepine ved Regionsykehuset i Trondheim. Det ble bevilget 400 000 kroner til kompetansesenteret i 1999 og 2000. Bevilgningen for 2001 vil bli vurdert på lik linje med øvrige funksjoner. Med unntak av midler til kompetansesenter for hodepine ved Regionsykehuset i Trondheim, ble det ikke bevilget midler til igangsetting av nye funksjoner ved regionsykehusene i 1999.

Tilstandsvurdering

I forbindelse med omleggingen av tilskuddet i 1999, ble rapporteringsrutinene for høyspesialiserte funksjoner og kompetansesentra innskjerpet. I 2000 er rapporteringskravene noe forenklet i forhold til 1999. Dette ble gjort for å oppnå en mer systematisk rapportering som det vil være mulig å sammenligne over tid. Det vil i all hovedsak bli stilt samme krav til rapportering for 2001 som for 2000. Departementet vil i løpet av 2001 vurdere hvorvidt rapporteringsrutinene kan forenkles ytterligere uten at dette går ut over de krav som settes til oppfølging av tilskuddet. Spesielt vil departementet se på hvorvidt en evalueringsrunde hvert 4. – 5. år, der man ser på funksjonens formål og omfang, kan erstatte den årlige aktivitetsrapporten.

Når det gjelder rapportering på bruk av forskningsmidlene, vil det være nødvendig med en dialog med samarbeidsorganene i forhold til behov for aktivitetsrapporter. Det vil fortsatt bli stilt krav om regnskap for bruk av forskningsmidler.

Medisinerstudenter

Stortinget har i Budsjett-innst. S. nr. 11 (1999-2000) bedt departementet om å sørge for at opprettelsen av medisinerutdannelse ved Sentralsykehuset i Akershus ikke virker sentraliserende av vitenskapelig og høykompetent personell, samt på utdannelsen av fremtidige leger.

Det årlige opptaket av medisinerstudenter ved Universitetet i Oslo (UiO) økte med 30 studenter fra studieåret 2000/2001 som følge av Sentralsykehuset i Akershus (SiA) ble tatt i bruk i undervisningen. Kjøp av studieplasser i utlandet er redusert tilsvarende. Midler over Sosial- og helsedepartementets budsjett vil først bli aktuelt fra tredje år av studiet, da den kliniske undervisningen i sykehuset begynner. Ved etablering forutsatte Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet at UiO skulle gjennomgå planer for personell med sikte på å legge beslag på minst mulig legeressurser. UiO har benyttet en del bistillinger, noe som bidrar til at færre må forlate sin hovedstilling som lege. SiA har vært universitetsklinikk tidligere, og mange av de ansatte har vitenskapelig kompetanse. Det legges derfor til grunn at

flere av de som tilsettes i vitenskapelig stilling allerede er tilsatt som lege ved SiA.

Departementet er også bedt om å følge utviklingen med hensyn til økt opptak av medisinerstudenter ved de andre universitetene. Ved Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet tas det sikte på en økning av det årlige opptaket med 20 studenter, fra 100 til 120 studenter. Økningen er knyttet til utbyggingen av RIT2000. Ved Universitetet i Tromsø er en økning knyttet til bygningsmessige forutsetninger ikke avklart. Det foreligger så langt ikke nye planer om økt studentopptak i Bergen.

Budsjettforslag 2001

Regionsykehustilskuddet for 2001 foreslås bevilget med 1 885 000 000 kroner. I forhold til vedtatt budsjett for 2000 foreslås bevilgningen økt med 104 mill. kroner. Økningen er på 110 mill. kroner når en korrigerer for at bevilgning på 6,5 mill. kroner til kompetansesenter i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri ved Sør-Trøndelag psykiatriske sykehus er foreslått overført til kap. 743, post 63.

Stortinget vedtok i forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 47 (1999-2000) å øke bevilgningen til regionsykehus med 250 mill. kroner. Beløpet ble lagt på tilskudd til basiskostnader. Tilleggsbevilgningen er videreført i budsjettforslaget for 2001, med 230 mill. kroner på tilskudd til basiskostnader og 20 mill. kroner til særskile funksjoner.

I økningen ligger en styrking på 13,8 mill. kroner knyttet til veksten i antall medisinerstudenter ved universitetene. I tillegg er 17,6 mill. kroner øremerket tilskudd til klinisk forskning i 2001. Beløpet til klinisk forskning vil bli fordelt etter nærmere angitte kriterier. Regionsykehustilskuddet er prisjustert.

I ny lov om spesialisthelsetjenesten m.m., som trer i kraft 1.1.2001, heter det i § 6-4 at "Staten skal yte tilskudd til regionsykehus og sykehus med universitetsklinikkfunksjoner til dekning av merutgifter som følge av utdanning, forskning og særlige funksjoner ved vedkommende institusjon…". Som følge av denne bestemmelsen vil tilskuddet til særskilte funksjoner og forskning i 2001 bli overført direkte fra staten til regionsykehusene. Tilskuddet til undervisning vil bli overført fra staten til regionsykehusene og andre sykehus med universitetsklinikkfunksjoner. Sykehusene vil ha ansvaret for å søke departementet om midler til særskilte funksjoner, melde inn antall studenter og fremskaffe rapport og regnskap for de særskilte funksjonene, forskning og studentundervisning. Sykehusene forventes å inngå et tett samarbeid med samarbeidsorganene med hensyn til prioriteringer og rapportering på bruken av midlene. Det skjer ingen endringer i forvaltningen av tilskuddet til basiskostnader som følge av ny lov om spesialisthelsetjenesten.

Det er foretatt en gjennomgang av hvilke funksjoner som skal dekkes av tilskudd til særskilte funksjoner. Korrigeringer er foretatt mot tilskudd til basiskostnader, slik at beløpet i sum er uendret for hver fylkeskommune/regionsykehus sammenlignet med 2000.

Det vil finne sted en justering av fordelingen av regionsykehustilskuddet mellom regionene i 2001. Fordelingen av tilskuddet til basiskostnader vil bli justert mellom tilskuddsmottakerne fra 2000 til 2001 som følge av bl.a. endret befolkningssammensetning. Departementet tar også forbehold om endringer i tildelingen av tilskudd til undervisning mellom tilskuddsmottakerne, bl.a. som følge av ny lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Post 63 Refusjon godkjente kapitalutgifter

Målet med refusjonsordningen er å gi tilskudd til utgifter ved bygging og ombygging av sykehus som inngår i regional helseplan, samt utgifter til utstyr og inventar i tilknytning til dette. Med sykehus forstås både somatiske og psykiatriske sykehus. Refusjon til bygging/ombygging av psykiatriske sykehus gjelder byggeprosjekter som er startet opp etter 1. januar 1999. Nærmere regler om refusjon av godkjente kapitalutgifter er gitt i forskrift med hjemmel i sykehusloven. Revidert forskrift trådte i kraft 1. september 1997. Normert rentefot er f.t. 4,3 pst. p.a.

Det ble i 1999 utbetalt 278 mill. kroner i tilskudd. Tilskuddene i 2000 fordeler seg som følger:

Fylkeskommune	Beløp
Østfold	7 405 700
Akershus	13 809 800
Oslo	20 911 800
Hedmark	8 707 500
Oppland	9 851 000
Buskerud	10 725 200
Vestfold	32 929.900
Telemark	12 036 400
Aust-Agder	1 640 200
Vest-Agder	19 787 400
Rogaland	17 483 100
Hordaland	34 178 300
Sogn- og Fjordane	8 522 700
Møre og Romsdal	13.065.700
Sør-Trøndelag	11 625 700
Nord-Trøndelag	9 779 100
Nordland	5 126 500
Troms	42 767 800
Finnmark	3 023 700

På grunnlag av nye søknader samt bortfall av enkelte tilskudd foreslås det bevilget 290,5 mill. kroner for 2001.

Sosial- og helsedepartementet vil foreta en gjennomgang av nåværende refusjonsordning for å få belyst erfaringene med ordningen og for å få identifisert eventuelle forbedringsbehov.

Post 64 Tilskudd til utstyr på sykehus

Formål og hovedprioriteringer

Det er vedtatt en 5-årig plan for å bedre utstyrssituasjonen i norske sykehus, jf. St.prp. nr. 61 (1997-98) Om Nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus og Budsjett-innst. S. nr. 226 (1997-98). Planen iverksettes i perioden 1998-2002 med en statlig bevilgningsramme på 2 960 mill. kroner. Tilskuddet er ikke forutsatt prisjustert.

Den statlige refusjonsordningen omfatter medisinsk teknisk utstyr, dvs. utstyr for kliniske formål, pasientbehandling, undersøkelser og utstyr for forskning og undervisning. I tillegg skal IT-utstyr og pågående og planlagte prosjekter knyttet til oppfølging av IT-handlingsplanen for helsesektoren "Mer helse for hver bIT" dekkes over denne bevilgningen. Dyrt utstyr og større investeringer som har direkte relasjon til pasientbehandlingen, bør prioriteres. På IT-området bør utstyr/systemer som kan øke behandlingskvalitet og kapasitet, samt infrastrukturelle investeringer, prioriteres.

Bevilgningen er utformet som en refusjonsordning der staten dekker 60 pst. av de fylkeskommunale utgiftene til medisinsk teknisk utstyr og IT i 5-årsperioden. Maksimalt refusjonsbeløp fordeles på fylkeskommunene etter objektive kriterier, men utløses først etter fremleggelse av dokumenterte utgifter. Den fylkeskommunale medfinansieringen på 40 pst. i planperioden er fastsatt ut fra hensynet til at fylkeskommunene skal videreføre om lag det investeringsnivået som tidligere ble dekket.

Fylkeskommunene har utarbeidet en 5-årig anskaffelsesplan som er godkjent i departementet etter uttalelse fra de regionale helseutvalgene.

Den 5-årige planen rulleres årlig. Departementet vil understreke at den innebærer en tidsbegrenset dugnad for å oppnå en fornuftig utstyrsstandard på sykehusene og at planen er et engangstiltak som vil avsluttes etter 5 år.

Resultatrapport 1999

Av bevilgningen for 1998 ble 244 mill. kroner overført til 1999. 16 av 19 fylker hadde investert for det minimumsbeløpet som var nødvendig før refusjonsordningen kunne tre i kraft. Dette utgjorde om lag 520 mill. kroner. I alt 154 mill. kroner ble utbetalt i 1999 som statlig refusjon basert på revisorattesterte regnskap for 1998. Den fylkeskommunale egenandelen på 40 pst. for å utløse denne refusjonen var 103 mill. kroner. 374 mill. kroner ble overført fra 1999 for utbetaling i 2000.

Tilstandsvurdering

Fylkenes planer varierer når det gjelder innhold og kategorisering i henhold til departementets krav. Første rullering av planene gir imidlertid svært gode oversikter. De aller fleste fylkeskommuner har valgt en raskere investeringstakt enn departementets plan legger opp til, og har forskuttert midler som vil komme til utbetaling seinere i planperioden.

Budsjettforslag 2001

For 2001 foreslås det bevilget 764 mill. kroner til dette formålet over kap. 730, post 64. I tillegg foreslås det utstyrsbevilgninger på 30 mill. kroner til statssykehusene og 1 mill. kroner til implementering og evaluering av kreftplanen over kap.

739, post 21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren. Budsjettforslaget er i samsvar med planen, jf. St.prp. nr. 61 (1997-98).

Departementet har merket seg påstander om at det ligger til rette for utstyrsinnkjøp ut over utstyrsplanens rammer, og at innkjøpene kan gi økt pasientbehandling. Departementet har rettet en forespørsel til fylkeskommunene og vil komme tilbake til Stortinget om saken i høst etter at den supplerende informasjonen foreligger.

Post 66 Helseregionale- og andre samarbeidstiltak

Formål og hovedprioriteringer

Målet med reformen om helseregionalt samarbeid er å oppnå økt kvalitet og en bedre utnyttelse av behandlingskapasiteten i spesialisthelsetjenesten gjennom en mer effektiv og bedre regional samordning av sykehusstrukturen. Fylkeskommunene skal samarbeide i de regionale helseutvalgene for å samordne spesialisthelsetjenestene innenfor og på tvers av fylkesgrensene.

Ved Stortingets behandling av Ot.prp. nr. 48 (1997-98) Om lov om endringer i sykehusloven og i lov om psykisk helsevern, ble det lagt opp til en sterkere nasjonal styring, og en styrking av det regionale helsesamarbeidet. Stortinget vedtok ved behandlingen av Ot.prp. nr. 10 (1998-99) Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m., jf. Innst. O. nr. 65 (1997-98) å formalisere de regionale helseutvalgene (med representasjon fra de deltakende fylkeskommunene i hver region) og at de regionale helseutvalgene på vegne av fylkeskommunene i regionen skal utarbeide regional helseplan. De regionale helseplanene skal endelig vedtas av departementet i løpet av februar 2001 etter at de er behandlet av de regionale helseutvalgene og de respektive fylkesting. I tilfeller av uenighet mellom fylkeskommunene, eller der planen ikke i tilstrekkelig grad følger opp nasjonal helsepolitikk, kan departementet gjøre endringer i planen.

Det regionale helsesamarbeidet er videreført i ny lov om spesialisthelsetjeneste, som trer i kraft 1.1.2001.

Resultatrapport 1999

I St.prp. nr. 1 (1998-99) ble 35 millioner kroner overført fra kap. 730, post 66 til fylkeskommunenes rammetilskudd. Midlene som er lagt i rammetilskuddet brukes til å følge opp regionalt initierte prosjekter, samt å drifte de helseregionale sekretariatene. Midler til statlig styring har bl.a. blitt 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 brukte 1999 til å forberede seg på å utarbeide regionale helseplaner i tråd med lovendringen som Stortinget vedtok ved behandlingen av Ot.prp. nr. 48 (1997-98).

Departementet har fulgt opp lovendringen Stortinget vedtok ved behandlingen av Ot.prp. nr. 10 (1998-99) gjennom forskrift om regional helseplan som trådte i kraft 10. februar 1999, og i rundskriv I-19/99 og I-34/99, der det er stilt krav til innhold og utforming av de regionale planene.

I rundskriv I-20/99 har departementet stilt krav om at både større utbyggingsprosjekter og utstyrsinvesteringer som kan påvirke organisering og funksjonsfordeling mellom sykehus, skal utredes og vurderes i et regionalt perspektiv. Aktuelle prosjekter skal behandles i de regionale helseutvalgene før godkjenning i departementet. Når regionale helseplanene er vedtatt i 2001, vil departementet ved behandling av søknad om godkjenning av institusjoner og/eller helsetjenester, vektlegge at disse inngår i vedtatt regional helseplan. Godkjenningsordningen følges opp med egen forskrift til ny lov om spesialisthelsetjenesten.

Tilstandsvurdering

Samtidig som helseregionene forbereder seg på å utarbeide de regionale helseplanene, pågår det tilretteleggingsarbeid i departementet i henhold til forskriften om regionalt helsesamarbeid og rundskriv I-19/99 og I-34/99. Det er lagt opp til en bred evaluering av den regionale planleggingsprosessen og resultatene av det regionale helsesamarbeidet, der flere ulike forskningsmiljøer er involvert. Det er skrevet kontrakter med de utvalgte forskningsmiljøene. Evaluieringen vil fra 2001 gi grunnlag for rapportering i St.prp. nr. 1.

Arbeidet med å utarbeide regionale helseplaner pågår i alle helseregioner. De regionale helseplanene vil i løpet av høsten bli politisk behandlet i de regionale helseutvalgene og de enkelte fylkeskommuner med sikte på oversendelse til departementet innen fristen 1. januar 2001. Departementets vedtak av planene skal sluttføres innen utgangen av februar 2001.

Regionale helseplaner vil uavhengig av eventuelle organisatoriske endringer i sektoren, være

viktige grunnlagsdokumenter i den videre planlegging 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.

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 er igangsatt løpende evaluering av tiltaket, og eventuell permanent drift vil bli vurdert i løpet av 2001. Innen kreftbehandling vil forslagene om ny geografisk inndeling og diagnosebasert fordeling av pasienter mellom regionsykehusene bli fulgt opp i regi av kreftplanen.

Det foreligger også forslag fra arbeidsgrupper om oppgavefordeling og samarbeidstiltak innen nevrokirurgi, medisinsk genetikk, hudsykdommer, øyesykdommer, øre-nese-hals-sykdommer og plastikkirurgi. Departementet ser det som ønskelig at de foreliggende forslagene innen disse fagområdene blir vurdert i en bredere sammenheng. Høsten 2000 ble det derfor tatt initiativ til å gjennomføre en ekstern vurdering av behovene for regiontjenester i Helseregion Sør og Øst og dagens kapasitetsutnyttelse i forhold til de sykehusene som har regionfunksjoner i Oslo. Det vil ved årsskifte foreligge et grunnlag for videre arbeid med framtidig dimensjonering og oppgavefordeling mellom Oslo-sykehusene.

Budsjettforslag 2001

Helseregionale samarbeidstiltak

Det foreslås å bevilge 6 mill. kroner til dette formålet i 2001. Dette innebærer en reduksjon fra 2000 på 4 mill. kroner. De 6 mill. kronene foreslås overført til kapittel 739, post 21. Begrunnelsen for overføringen er at disse midlene ikke er tilskuddsmidler til fylkeskommunene, men midler som brukes til den statlige oppfølgingen av det regionale helsesamarbeidet.

Midlene er planlagt brukt til departementets behandling av de regionale helseplanene og videre oppfølging av prosessene i de fem helseregionene, med gjennomføring og rullering av regionale helseplaner, og samordningsprosessen mellom regionsykehusene i Oslo. Evaluering av det regionale samarbeidet vil også være et prioritert oppfølgingsarbeid fremover.

Godkjenning av nybygg og ombygging av sykehus er tillagt departementet. I en interimsperiode fram til de første regionale helseplanene er vedtatt, er det krevd i rundskriv I-20/99 at større utbyggingsprosjekter skal utredes og vurderes ut fra et samlet regionalt perspektiv. Det vil bli gitt midler til et nylig opprettet kompetansenettverk for sykehusbygg som skal systematisere dokumentasjon om sykehusplanlegging, og som vil bistå helseregionene, fylkeskommunene og departementet i godkjenningssaker.

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 30 mill. kroner til videreutvikling av telemedisin, hvorav 25 mill. kroner som et statlig tilskudd til driften av nasjonalt kompetansesenter innen telemedisin i Tromsø i fylkeskommunal regi, samt 5 mill. kroner til oppbygging av nettverk hvor primærhelsetjenesten trekkes inn. Forslaget innebærer en økning av tilskuddet til Nasjonalt senter for telemedisin på èn million i forhold til bevilgningen i 2000.

Tilskuddet på 25 mill. kroner skal sikre senteret en ledende posisjon internasjonalt, samtidig som det skal bidra til å bygge opp en motor for å spre en strategisk bruk av IT og telemedisin i helsesektoren. Et velfungerende senter har videre et potensiale for næringsutvikling og knoppskyting som det også er viktig å ivareta. Det må forutsettes en viss grad av selvfinansiering gjennom prosjekter, og inntjening gjennom ulik næringsvirksomhet innenfor denne typen senter.

Nasjonalt senter for telemedisin er organisert som en egen avdeling ved Regionsykehuset i Tromsø. Denne organiseringen ble vedtatt av Troms fylkeskommune vinteren 2000. Det ble samtidig vedtatt at organisasjonsformen skal evalueres innen 2003. Det er etablert en nasjonal referansegruppe for å sikre senterets nasjonale arbeidsområde.

Videre er det et vesentlig premiss at det regionale næringsliv og regionale investorer trekkes med for å sikre kommersiell aktivitet der dette er oppnåelig. Det er derfor etablert dialog

mellom Troms fylkeskommune og SIVA for å utrede dette nærmere.

5 mill. kroner foreslås nyttet til å videreføre et prosjekt der helseregion Nord defineres som en utviklingsregion for IT og telemedisinske tjenester. Dette utviklingsprosjektet bygger på og videreutvikler Nordnorsk helsenett (som eksisterer allerede). Dette arbeidet skjer gjennom et interkommunalt selskap mellom de tre nordligste fylkene.

Post 67 Andre tilskudd

Sykestuer

Det foreslås avsatt 6 mill. kroner til Finnmark fylkeskommune i 2001 til drift av 42 sykestueplasser. Se nærmere omtale under kap. 730, post 60 Innsatsstyrt finansiering, under overskriften "Nye institusjoner i ISF".

Yrkesmedisinsk avdeling ved Telemark sentralsykehus

Det foreslås bevilget 3,1 mill. kroner til drift av yrkesmedisinsk avdeling ved Telemark sentralsykehus.

Trykkammerbehandling ved Vest-Agder sentralsykehus

Det foreslås videreført 0,8 mill. kroner til drift av trykkammerbehandling ved Vest-Agder sentralsykehus.

Kompetansesenter om aldersdemens

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.

En rekke prosjekter ble videreført og igangsatt i 1999, og tidsskriftet Demens ble utgitt fire ganger. For 2001 planlegges videreføring av prosjekter, noen konferanser og utvikling av læremateriell. Det foreslås bevilget 6,5 mill. kroner til kompetansesenteret i 2001.

Program for aldersforskning, Tromsø

Program for aldersforskning kom i full drift fra 1998, og har bygget opp forskningskompetansen på gerontologi og geriatri. Målet har vært å utvikle et produktivt og tverrfaglig forskningsmiljø med høy klinisk kompetanse. Forskningsprogrammet er forankret både i universitetsmiljøet og i sykehusmiljøet i Tromsø. Det er tatt initiativ til å skape et årlig nasjonalt møte for aldersforskning, og midler er avsatt til et lokalt forskerforum. Det foreslås bevilget 2,75 mill. kroner til videreføring av igangsatte prosjekter i 2001.

Lærings- og mestringssenter for kronisk syke

"Lærings- og mestringssenter prosjektene" startet opp ved Aker sykehus i 1997 og er samarbeidsprosjekter mellom sykehus, store pasientorganisasjoner for kronisk syke og departementet. Det utvikles og iverksettes en rekke pedagogiske tiltak for gjennom læring å oppnå mestring av livet som kronisk syk. Målgruppene er pasienter med kroniske lidelser, pårørende, helsepersonell på sykehus og i kommunehelsetjenesten. Noen oppnådde resultater ved Aker sykehus i 1999; ca. 4100 oppmøter til læringstilbud for kronisk syke og pårørende, 750 besøk av helsepersonell og brukerorganisasjoner med formål å lære om senterets ide og virksomhet. Det er dessuten utviklet og gjennomført grunnkurs i veiledende helsepedagogikk med 263 deltakere. Departementet vil videreføre utveksling og spredning av kompetanse på Aker sykehus ved å etablere nasjonalt kompetansesenter. I 2000 ble det bevilget 1,2 mill. kroner til formålet. For 2001 foreslås bevilget 2,2 mill. kroner.

Ny lov om spesialisthelsetjeneste trer i kraft 2001. I § 3 – 8 er det innført en ny bestemmelse om sykehusenes oppgaver. Av denne følger det at sykehusene skal gi opplæring til pasienter med kroniske sykdommer og til deres pårørende. Bestemmelsen medfører et stort veilednings- og informasjonsbehov for landets sykehus i forbindelse med utvikling og organisering av denne helsepedagogiske tjenesten.

Sentralsykehuset i Vest-Agder startet høsten 2000 med planlegging av lærings- og mestringssenter med modell og mål som på Aker, tilrettelagt etter lokale forhold og forutsetninger. Det foreslås bevilget 600 000 kroner i 2001.

I alt foreslås bevilget 2,8 mill. kroner i 2001 til dette formålet.

Beredskaps- og ambulansetjeneste ved Oslo Lufthavn, Gardermoen

I forbindelse med flytting av hovedflyplassen fra Fornebu til Gardermoen har Akershus fylkeskommune i samarbeid med Ullensaker kommune og Oslo Lufthavn AS etablert en beredskapstjeneste ved flyplassen knyttet til driften av en transittstasjon for ambulansetjenesten. Tjenesten er foreløpig opprettet som et prosjekt, hvor Sosial- og helsedepartementet står for finansieringen.

Akershus fylkeskommune har mottatt statlig medfinansiering knyttet til lengre reiseavstand mellom hovedflyplassen og hovedstadssykehusene. Virksomheten skal evalueres i løpet av 2000/2001. Det foreslås bevilget 3,25 mill. kroner til drift av transittstasjonen i 2001.

Nasjonalt kompetansenettverk for ryggsykdommer (ryggnettverk) og landsfunksjon for kompliserte ryggsykdommer

Nasjonalt ryggnettverk

Nasjonalt ryggnettverk er et tverrfaglig kompetanseforum og samarbeidsorgan for aktive ryggforskere og behandlere av pasienter med ryggglidelser, som ble etablert i 1999. Målet 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 behandlingskjeden. Alle sykehus som behandler ryggpasienter vil få tilbud om å delta i nettverket og dets faglige aktiviteter.

Virksomheten koordineres av to kjerneenheter; en for forskning (ved Universitetet i Bergen) og en for formidling (ved Ullevål sykehus). Forskningsenheten er godt i gang med å opprettholde og videreutvikle nettverket av aktive forskere, og gi veiledning i metodespørsmål.

Formidlingsenheten fungerer som sekretariat for departementets bredt sammensatte rådgivningsgruppe, og er i gang med å få oversikt over og knytte kontakt med ryggpoliklinikker og andre behandlingsmiljøer. I tillegg til at begge enhetene driver egen forskning, arbeider de tett sammen med Ryggforeningen (pasientforeningen) for å bedre informasjonen til brukerne av helsetjenester. I den forbindelse er moderne informasjonsteknologi er et sentralt virkemiddel.

Det arbeides også med utviklingen av, og strategier for, iverksetting av kliniske retningslinjer for effektiv behandling av ryggsykdommer. Dette arbeidet gjøres primært av Formidlingsenheten (i nært samarbeid med Forskningsenheten) Senter for medisinsk metodevurdering, og et større europeisk forskningsprosjekt innenfor COST B13-programmet (The Working Group on a European Guideline for the Management of Acute Low Back Pain). Formidlingsenheten er også i gang med å kartlegge grunnutdanningen vedrørende rygg innen de ulike behandlergruppene.

I forbindelse med arbeidet med å bedre samhandlingen mellom de ulike behandlerne og de ulike nivåene innen helsetjenesten, vil det også engasjeres regionale ryggkoordinatorer. I Helseregion sør har formidlingsenheten allerede hyret inn en ryggkoordinator i deltidsengasjement.

Landsfunksjon for kompliserte ryggsykdommer

Basert på fagrådets vedtak og Helsetilsynets anbefaling, foreslår Sosial- og helsedepartementet at landsfunksjonen for de kompliserte ryggsykdommene lokaliseres til Regionsykehuset i Trondheim. Departementet foreslår at virksomheten i det nasjonale ryggnettverket og virksomheten ved sykehuset som tildeles oppgaven som landsfunksjon, gjøres til gjenstand for fortløpende ekstern evaluering. Evalueringen skal foreligge etter tre år.

Evalueringen av poliklinikktakstene er i sluttfasen og resultatene vil bli formidlet gjennom Nasjonalt ryggnettverk, og lagt til grunn for departementets videre arbeid med å styrke den polikliniske ryggomsorgen.

Det foreslås bevilget 6,7 mill. kroner til Nasjonalt ryggnettverk herunder forsknings- og utviklingsprosjekter i nettverkets regi og til evaluering i 2001.

Kompetansesenter for revmatikere ved Diakonhjemmet i Oslo, funksjonstilskudd

Oslo kommune er i gang med planleggingsarbeid når det gjelder etablering av et rehabiliteringssenter for revmatikere ved Diakonhjemmet. Dette senteret skal ivareta kompetansesenteroppgaver, landsfunksjoner og regionsfunksjoner for Helseregion sør. Det forutsettes nært samarbeid med Senter for revmatiske sykdommer ved Rikshospitalet og de allerede etablerte tjenester for revmatikere ved Diakonhjemmet. Senteret forutsettes å komme i full drift i 2001. Når det gjelder omfanget av samarbeid vises til omtale under kap. 730, post 66 Helseregionale- og andre samar-

beidstiltak. Det er beregnet at fylkene betaler gjestepasientpris for pasienter som henvises til tjenester på landsnivå og regionpasienter, som for andre pasienter som henvises til tjenester på lands- og regionnivå. Det foreslås satt av 4,3 mill. kroner til drift og støtte til investering av kompetansesenteret og tilskudd til landsfunksjoner. Kapitalutgifter i forbindelse med tilbygg for å etablere lands- og regionsfunksjoner forutsettes dekket etter vanlige regler for kapitaltilskudd.

Prosjekt "Støtte til seksuelt misbrukte barn"

Sosial- og helsedepartementet vil i perioden 2000 - 2002 gjennom prosjektet "Støtte til seksuelt misbrukte barn" rette en spesiell innsats for 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.

Statens helsetilsyn har fått ansvaret for prosjektet. Prosjektet er et ledd i oppfølgingen av St.meld. nr. 53 (1992-93) Om seksuelle overgrep mot barn. I 2000 ble det bevilget 3 mill. kroner til prosjektet.

Ressurssenter for seksuelt misbrukte barn ble opprettet i juni 1994. Senteret ble etablert som et prosjekt fra 1995 til 1998 og forlenget ut 1999. Senteret er videreført som et nytt prosjekt fra 2000 til 2002. Oslo kommune har det administrative ansvaret for senteret i denne perioden. Senteret skal i denne perioden bistå helseregionene i oppbygging av kompetanse på fagområdet. Ressurssenteret skal samarbeide nært med Helsetilsynet i prosjektperioden.

Satsningsområder og resultatmål for prosjektperioden

- hver helseregion skal ha et miljø/nettverk som har kompetanse på seksuelle overgrep mot barn. Miljøet skal gi råd og veiledning samt drive undervisning til utdanningsinstitusjoner og aktuelle fagmiljø
- hver region skal ha tilstrekkelig tjenestetilbud innen barnevern, barnemedisin og barne- og ungdomspsykiatri for undersøkelse og behandling av barn som utsettes for seksuelle overgrep
- behovet for kompetansehevende tiltak rettet mot spesielle faggrupper skal avklares
- Det foreslås bevilget 3 mill. kroner til arbeidet med seksuelle overgrep mot barn i 2001.

Livshjelp

Livshjelpsutvalget, som har utredet behandling, pleie og omsorg til uhelbredelig syke og døende, avga sin innstilling 20.01.99.

Nevnte utredning har vært på høring. Departementet la i St.meld. nr. 26 (1999-2000) Om verdiar for den norske helsetenesta, fram de viktigste tilrådningene fra utvalget. I 1999 ble det også etablert en takst for lindrende kreftbehandling: pasientens eget hjem. I budsjett for 2000 ble det bevilget 5 mill. kroner til lindrende behandling ved andre sykdommer enn kreft. Disse er sett sammen med bevilgningen over kap. 739, post 65 Nasjonal kreftplan. 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. Bevilgningen på 5 mill. kroner til kompetanseoppbygging foreslås videreført i 2001.

Støtte til flyktninger fra Kosovo

I St.prp. nr. 59 (1998-99) Tilleggsbevilgninger på statsbudsjettet for 1999 i forbindelse med mottak av flyktninger fra Kosovo, ble det bevilget 26,3 mill. kroner til smitteverntiltak i kommunene og til sykehusbehandling. Ubenyttede midler i 1999 ble overført til 2000. I 1999 og 2000 er det foruten midler til smitteverntiltak, utbetalt refusjon til sykehusene gjennom ISF-ordningen, på bakgrunn av en egen registrering av pasientene/flyktningene. Høsten 2000 planlegges et mindre beløp overført til kap. 730, post 60 Innsatsstyrt finansiering, for utbetaling til sykehusene i 2001. Resterende beløp vil bli trukket tilbake.

Kap 0731 Rikshospitalet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
50	Statstilskudd	1 440 257	1 162 500	1 068 600
	Sum kap 0731	1 440 257	1 162 500	1 068 600

Bevilgningsforslaget fra og med 1999 er redusert teknisk som følge av overgang til nettobudsjettering. Brutto driftsutgifter var i 1999 om lag 2,6 mrd. kroner. I tillegg til statstilskuddet disponerer Rikshospitalet inntektene fra virksomheten bl.a. DRG-refusjon og kurdøgnsbetaling fra fylkeskommunene.

Rikshospitalets formål og hovedprioriteringer

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.

Rikshospitalet skal med utgangspunkt i de helsepolitiske målsettingene

- ivareta nasjonale behov gjennom å tilby høyspesialisert behandling, pleie og omsorg
- være et nasjonalt senter for forskning, undervisning og metodeutvikling på høyt internasjonalt nivå
- videreutvikle hospitalets nasjonale rolle som kompetansesenter og referanseinstitusjon for andre sykehus og for sentrale myndigheter
- bidra med nye og fremtidsrettede løsninger for helhetlig pasientbehandling, pleie og omsorg i hele behandlingskjeden
- foruten å dekke behovene for helsetjenester på regionsnivå også inngå i et utvidet faglig og administrativt samarbeid med sykehusene i regionen.
- ivareta regionale funksjoner for helseregion Sør og inntil videre for Akershus og Østfold.
- ivareta lokale sykehusfunksjoner for Akershus og Oslo innen visse spesialiteter

Rikshospitalet skal yte disse tjenestene med et høyt volum og med en god kvalitet innenfor de rammer som er satt i statstilskuddet og de gjeldende refusjonsordninger for pasientbehandlingen..

Resultatrapportering 1999

Rikshospitalets virksomhet var i 1999 preget av den planlagte flyttingen til Gaustad. Rikshospitalet planla flytting i 1999. Hovedflyttingen ble gjennomført i mai 2000. Likevel har hospitalets samlete aktivitet av innlagte pasienter og poliklinske konsultasjoner vært høyere i 1999 enn noe tidligere år.

Tabell 13.15Samlet medisinsk virksomhet, Rikshospitalet

Resultatmål	Resultat 1997	Resultat 1998	Mål 1999	Resultat 1999
Antall senger	691	666	691	614
Gjennomsnittlig kurdøgn/opphold	5,9	5,1		4,8
Antall sykehusopphold (tidl. inst.opph.)	37 930	40 205	34 000	40 900
Derav dagopphold	7 161	11 632	10 000	13 300
Venteliste, garantibrudd (innleggelse)	501	146		73
Ant. reg. Polikl.kons. (eksterne)	127 592	129 846	118 000	119 900
DRG-indeks [1)]	1,44	1,47		1,48

1) Tallene før 1999 er korrigert i forhold til endringer i DRG-indeks 1999. Dette for å være sammenliknbare med tall fra 1999.

Samlet antall innlagte pasienter økte med om lag 2 prosent sammenliknet med i 1998. Rikshospitalet hadde i 1999 nær 41 000 innlagte pasienter og 119 900 eksterne polikliniske konsultasjoner. Antall heldøgnsopphold ble redusert med 3,3 prosent, mens antall dagopphold økte med 14 prosent. Den gjennomsnittlige kurdøgn/opphold er redusert fra 5,1 døgn i 1998 til 4,8 døgn i 1999, noe som indikerer mer effektiv bruk av sengekapasiteten. Som resultat av økt pasientaktivitet og omfattende opprydding på ventelistene ble antall pasienter som ventet på undersøkelse eller behandling kraftig redusert i 1999. Antall brudd på ventetidsgarantien ble redusert fra 146 i 1998 til 73 i 1999.

Rikshospitalet har landsfunksjon for behandling av organ- og stamcelletransplantasjoner (benmargstransplantasjoner). Antallet utførte organtransplantasjoner i 1999 var 287 mot 279 i 1998. Dette er det høyeste antall noen gang. Antall stamcelletransplantasjoner var i 1999 på 46, mot 47 i 1998. Det ble i 1999 ikke sendt pasienter med behov for stamcelletransplantsjon til utlandet. I 1999 ble det utført 702 åpne hjerteoperasjoner med bruk av hjerte-lungemaskin.

Rikshospitalet hadde i 1999 et underskudd på 95 mill. kroner etter avsetning til flytting og sosiale kostnader. Slike underskudd skal i prinsippet dekkes inn i det neste budsjettåret. Bakgrunnen for underskuddet er sammensatt og har både sammenheng med utsatt flytting, overgang til ny finansieringsordning og til svakheter i økonomistyringen. Vesentlige forbedringer i økonomistyringen og regnskapsrutinene er gjennomført i 2000.

Forskning og undervisning

Forskningen ved Rikshospitalet skjer innen de enkelte avdelinger og i samarbeid med Universitetet i Oslo og Medinnova. Rikshospitalet har et utstrakt samarbeid med andre nasjonale sentra og internasjonale forskningsinstitusjoner.

Rikshospitalet er et av Europas største sentre for organtransplantasjon. En forutsetning for denne utviklingen har vært forankring i et immunologisk forskningsmiljø på høyt internasjonalt nivå. Virksomheten innen molekylær mikrobiologi ligger langt fremme, og deres kompetanse kan få stor betydning for fremtidig genterapi.

Interversjonssenteret er et forsknings- og utviklingssenter for bildeveileder og minimal-invasiv behandling. Gjennom samarbeid med andre sykehus og universitet har man oppnådd resultater med betydning for mange pasientgrupper. Forskningen har allerede gitt ringvirkninger for norsk medisinteknisk industri.

Nor-invesiv hjerteutredning er et annet felt der Rikshospitalet ligger langt fremme. Aktiviteter er et resultat av et samarbeid mellom Rikshospitalet, SND og norsk industri.

I 1999 publiserte forskere tilknyttet Rikshospitalet 470 vitenskapelige originalartikler og 190 andre forskningspublikasjoner i nasjonale og internasjonale tidsskrifter. Det ble avlagt 32 doktorgrader av forskere tilknyttet hospitalet, av disse var to fysioterapeuter og en sykepleier. Ca. 400 personer arbeider ved hospitalet med lønn fra Universitetet eller andre forskningsinstanser.

Det befinner seg til en hver tid i underkant av 500 medisinstudenter, og 450 sykepleie-, radiograf, bioingeniører, fysioterapi- og ergoterapi studenter ved Rikshospitalet. Universitets tilknyttede leger ved hospitalet gir årlig ca. 20 000 undervisningstimer.

Tilstandsvurdering

Det er fremdeles usikkerhet tilknyttet Rikshospitalets økonomi i 2000. Dette ble også Stortinget varslet om i St.prp. nr. 61 (1999-2000).

I proposisjonen skrev departementet:

> «For Sosial- og helsedepartementet har det vært et prioritert mål at Rikshospitalet flytter inn i Gaustad før sommeren 2000. ”Videre: ”Flyttingen har således vært gitt høyeste prioritet av både Sosial- og helsedepartementet og Rikshospitalet. Det er i denne situasjonen usikkerhet knyttet til Rikshospitalets samlede økonomiske situasjon. Departementet vil nå sammen med Rikshospitalet foreta en grundig gjennomgang av den økonomiske situasjonen.»

Innflyttingen på Gaustad ble gjennomført som planlagt og sykehuset er nå etablert i den nye lokalene. Nedgangen i pasientbehandlingen etter innflyttingen har vært mindre enn planlagt. Tilpasning til nye lokaler er imidlertid omfattende. Det er derfor fortsatt usikkerhet knyttet til hvilket omfang av pasientbehandling som vil være mulig for resten av 2000 og for 2001.

Det ligger an til at driften av Rikshospitalet i inneværende år vil medføre et betydelig underskudd, selv om den varslede gjennomgangen av Rikshospitalets økonomiske situasjon for inneværende år ikke er avsluttet. Sosial-og helsedepartementet vil komme tilbake senere med forslag til håndtering av underskuddene.

Rikshospitalet har flyttet inn i et moderne bygg som tilrettelegger for mer rasjonell drift og representerer et betydelig bedre tilbud for pasientene. På samme tid er det langt flere tekniske installasjoner enn det var ved bygningsmassen i Pilestredet, med tilsvarende høye utgifter til drift. For å sikre den forutsatte veksten i pasientbehandlingen ble det bevilget 40 mill. kroner til å avhjelpe sykehusets økonomiske situasjon, jfr. St.prp.nr. 47 (1999-2000) og 40 mill. kroner til ferdigstillelse av nytt Rikshospital, jfr. St.prp.nr. 61 (1999-2000).

Rikshospitalets aktivitet har vært svært god i første halvår 2000 flytteprosessen tatt i betraktning. Antall heldøgnsopphold og polikliniske konsultasjoner har gått ned med henholdsvis 12 og 10 prosent i første halvår 2000 sammenliknet med 1999, mens antall dagopphold er 4 prosent høyere i den samme perioden. Antall innlagte pasienter på Rikshospitalet var forholdsvis lavt i mai og første halvdel av juni da hoveddelen av pasient flyttingen fant sted på denne tid. Men allerede fra midten av juni var aktiviteten på samme nivå som året før. Belegget i juli og august måned er også på nivå med fjoråret. Undersøkelser og behandlinger som bare kan gis på Rikshospitalet, er ikke vesentlig forsinket som følge av flyttingen.

Det ble tidligere lagt til grunn at antall avdelingsopphold ville bli redusert med 15 prosent i flytteperioden. Dette ville representere en aktivitet på 15 500 avdelingsopphold i første halvår i år. Resultatet ble imidlertid 20 900 avdelingsopphold. Totalt behandlet Rikshospitalet 19 900 innlagte pasienter og 65 700 polikliniske pasienter i første halvår 2000. De tilsvarende tallene for 1999 er 21 300 innlagte og 73 100 polikliniske pasienter. Innlagte pasienter omfatter både heldøgnsopphold og dagpasienter.

Etter flytting til Gaustad mangler Rikshospitalet kontorplasser primært knyttet til funksjonærer og støttepersonell. Rikshospitalet leier kontorplasser i Holberg terrasse for å dekke dette behovet. I 2000 betaler Rikshospitalet husleie for drift av bygg det tidligere ikke ble betalt husleie for. Dette gjelder Sophies Minde, Berg Gård og Holberg terrasse. Til delvis dekning av husleie ble det bevilget 6,5 mill. kroner, jfr. St.prp. nr 1 (1999-2000). I tillegg kommer krav til opprustning av eiendommer som Sophies Minde og Berg Gård. Det ble bevilget 22 mill. kroner til brannteknisk oppgradering ved Sophies Minde og Marthas Institutt, jfr. St.prp. nr. 61 (1999-2000).

Det er fra 1. januar 2000 etablert et prøveprosjekt over to år med felles ortopedisk enhet for Rikshospitalet og Ullevål sykehus. Totalt er det bevilget 12 mill. kr. til ny operasjonsstue og utstyr, jf. St.prp. nr. 1 og 13 (1999-2000). Det er igangsatt løpende evaluering av tiltaket og eventuell permanent drift vil bli vurdert i løpet av 2001.

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 innen forskning og utredning, herunder skaffe økte forskningsmidler til Rikshospitalet. Foretaket skal være et ressurs- og kontaktorgan for idèutvikling, patentering og produktutvikling for fagpersonell ved Rikshospitalet. Foretaksmøtet ble avholdt 21. juni 2000. Regnskapet for 1999 fremkom med et overskudd på 9,9 mill. 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, er det kun arbeidet med inndrivelse av utestående fordringer som ikke er fullført. Departementet følger opp saken.

Satsingsområder for 2001

For 2001 vil det være et mål å sikre en god og effektiv utnyttelse av de nye sykehuslokalene på Gaustad.

Drift i nye lokaler vil imidlertid gi utfordringer på flere plan:

- etterarbeid med tekniske anlegg og bygg
- mindre sengekapasitet, omlegging til mer dagbehandling og poliklinikk
- ny organisering av operasjonsaktiviteten og poliklinikkene
- mye ny teknologi med lang innkjøringsperiode
- bruk av nytt sykehotell

Rikshospitalets rammebetingelser er under endring. Samordning av regionsykehusfunksjonene i Oslo og Akerhus-avtalen, får stor betydning for hospitalets pasientgrunnlag. Departementet legger til grunn at Akershus fortsatt skal bruke behandlingskapasitet ved Rikshospitalet. Krav til dokumentasjon av resultater, kvalitet, tilgjengelighet og service vil øke i tiden fremover.

Innføring av fritt sykehusvalg og økende andel innsatsstyrt finansiering stiller Rikshospitalet ovenfor nye styringsutfordringer. For å sikre de nødvendige effektene av den økende andel

innsatsstyrt finansiering, trengs det mer kunnskap om kostnadene ved ulike behandlinger.

Andelen behandlings- og kostnadskrevende pasienter øker. Rikshospitalet skal fortsatt være et høyspesialisert sykehus med hovedvekt på forebyggelse, diagnostikk, behandling, sykepleie og omsorg av kompliserte og sjeldne tilstander. Rikshospitalet vil prioritere lands- og flerregionale funksjoner og videreutvikle disse ved å utnytte og samordne kunnskapen som finnes på alle nivåer i et høyspesialisert sykehus. Denne virksomheten vil være avhengig av et pasientgrunnlag med tilstrekkelig bredde og volum, der regionsykehusfunksjonen utgjør en vesentlig del. Sammen med sykehusets basiskompetanse vil dette utløse synergieffekter og gi løpende muligheter for utvikling av nye behandlingstilbud. Rikshospitalet vil legge vekt på å utvikle og dokumentere effekten av nye metoder knyttet til forebygging, utredning og behandling.

Flere av Rikshospitalets avdelinger har faglig meget sterke molekylærbiologiske miljøer. Ved Mikrobiologisk Institutt er det i tillegg til en basalorientert forskningsenhet, opprettet en seksjon som i samarbeid med de andre miljøene ved hospitalet, skal arbeide med å utvikle genteraputiske metoder.

Forskning og utdanningsoppgavene skal synliggjøres og det skal etableres systemer for å registrere og følge opp ressursbruk på disse viktige oppgavene.

Omdanning til statsforetak

Sosial- og helsedepartementet har startet et arbeid med å utrede tilknytningsform for statlige sykehus med sikte på å omdanne Rikshospitalet, Det Norske Radiumhospital og Statens senter for epilepsi til statsforetak. Arbeidet foregår i samarbeid med sykehusene. Tiltaket er et ledd i regjeringens arbeid med å legge til rette for en bedre ansvars- og rollefordeling i sykehussektoren enn det vi har i dag.

Merknader til budsjettforslaget for 2001

Det vil også for 2001 være usikkerhet knyttet til driftsforholdene ved det nye sykehuset, behandlingskapasiteten, samt Rikshospitalets økonomiske situasjon.

Det ble i St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (1999-2000) stilt effektiviseringskrav på 20 mill. kroner for 2000. Begrunnelsen for effektiviseringskravet var en forutsetning om at det nye sykehuset skulle gi grunnlag for en betydelig rasjonaliseringsgevinst. Særlig på grunn av de mange kompliserende forholdene knyttet til flytteprosessen blir innsparingen ikke realisert i 2000. For 2001 er det lagt inn et krav om effektivisering på 20 mill. kroner. Med henvisning til det arbeid som nå pågår med sikte på omdanning til statsforetak, vil det bli foretatt en bred gjennomgang av sykehusets ressurssituasjon med sikte på å avklare den situasjon som sykehuset skal kunne gå inn i en ny tilknytningsform med. Det legges opp til at denne gjennomgangen skal være avsluttet i 2001. Gjennomgangen vil bli presentert sammen med samleframlegget om statsforetak i 2001. Her vil også prioriteringsspørsmål og effektiviseringskrav bli vurdert. Det vises her også til at det i etterkant av flyttingen foretas en gjennomgang av sykehuset økonomi.

Tabell 13.16Måltall for Rikshospitalet 2000 og 2001

	Resultat 1999	Anslått aktivitet 2000	Mål 2001
Antall senger	614		659 [1)]
Antall sykehusopphold	40 900	37 400	42 000
Derav dagopphold	13 300	12 200	15 000
Polikliniske konsultasjoner og behandling	119 900	111 000	124 000

1) Forutsetter full ferdigstillelse og inkluderer Berg Gård og Rikshospitalets andel av Oslo Ortopediske Universitetshospital

Det forventes ferdigstillelse av flere sengeposter ved Gaustad i 2001 med økt sengekapasitet. Antall sykehusopphold antas å bli om lag 42 000 i 2001. Omlegging til mer dagbehandling gjør at forholdet mellom dag- og heldøgnsopphold endres. Målet i 2001 for polikliniske konsultasjoner og behandlinger er 124 000, en økning på 3,3 pst. fra 1999.

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 3 514 pr . 1. mars 1999 og 3 631,7 pr.1. mars 2000.

Behandlingsreiser til utlandet

Sosial- og helsedepartementet foreslår at det administrative ansvaret for tilskuddsordningen Behandlingsreiser til utlandet overføres Rikshospitalet. Daglig administrasjon og faglig ansvar tilligger allerede Rikshospitalet.

Formål og hovedprioriteringer

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 pasienter og ledsagere. Behandlingen foregår nå i Tyrkia for revmatikere, og på Kanariøyene for de øvrige gruppene av pasienter. Ut over de faste programmene sendes prøvegrupper til eventuelle nye behandlingssteder.

Et utvalg ble i 1999 opprettet for å gjennomgå ordningen med behandlingsreiser til utlandet. Blant annet skulle utvalget vurdere om dagens ordning omfatter de pasientgrupper som har størst behov for ordningen, og om behandlingsopplegget står i forhold til forventede behandlingsresultater. (Jf. NOU 2000:2 Behandlingsreiser til utlandet – et offentlig ansvar?). Utvalgets rapport har vært på høring, og er under behandling i departementet.

Resultatrapport 1999

I 1999 ble det under programmet for pasienter med revmatiske lidelser behandlet 1195 voksne pasienter i Tyrkia. Det ble også behandlet 73 barn og unge med revmatiske sykdommer på Kanariøyene. Det ble dessuten sendt en prøvegruppe med 88 voksne revmatiske pasienter til Frankrike og en tilsvarende prøvegruppe med 50 voksne revmatiske pasienter til Israel. (På grunn av den politiske situasjonen i Montenegro ble det i 1999 ikke sendt pasienter til Igalo).

Under psoriasisprogrammet ble det sendt 531 pasienter til Kanariøyene, og 25 barn og ungdommer. Under astmaprogrammet ble det behandlet 176 pasienter på Kanariøyene.

Som et ledd i vurderingen av en utvidelse av ordningen til også å gjelde nye pasientgrupper, ble det sendt en prøvegruppe med 30 post polio pasienter og en gruppe på 12 pasienter med ulike nevromuskulære sykdommer, ALS, til Kanariøyene, jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (1999-2000).

Tilstandsvurdering

Av de innkomne søknadene under de tre programmene ble 33 pst. innvilget innenfor astmaprogrammet, 42 pst. innenfor revmaprogrammet og 54 pst. innenfor psoriasisprogrammet. Dette er en reduksjon i andelen innvilgede søknader i forhold til 1998, selv om det i tilknytning til astmaprogrammet har vært behandlet flere pasienter. Deltakerne til post polioprøvegruppen ble trukket ut fra pasientregistrene på Sunnås, der de fleste av landets pasienter går til kontroll. Resten av prøvegruppen av søkere ble trukket ut av nevrologisk avdeling på Rikshospitalet.

Satsingsområder og resultatmål for 2001

Det endelige antallet pasienter i 2001, og prioriteringen mellom de ulike pasientgruppene, avhenger av behandlingen av NOU 2000:2. Fordelingen av de ca. 2500 pasientene på de tre programkategoriene blir den samme i 2001 som i 2000 forutsatt at lønnsøkning og hotellpriser m.v. ikke overstiger prisomregningen. Departementet vil komme tilbake til Stortinget om dette senere. I samråd med sekretariatet vil departementet avgjøre hvor det skal sendes prøvegrupper i 2001. Prøvegrupper ril Igalo, Montenegro vil bli vurdert iverksatt i 2001, ut fra en vurdering av den politiske situasjonen.

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 behandlingen av NOU 2000:2. Arbeidet med innhentingen av anbudene påbegynnes i 2001. Det vil også i løpet av 2000/2001 vurderes om de andre programmene skal legges ut på anbud.

Merknader til budsjettforslaget

Det foreslås bevilget 53 938 000 kroner til behandlingsreiser til utlandet. I tillegg vil Rikshospitalet disponere inntekter fra egenandeler på om lag 10 mill. kroner.

Kap 0733 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	4 513	4 530	4 700
	Sum kap 0733	4 513	4 530	4 700

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (NR) ble etablert 1. januar 1999. NR er rådgivende for Sosial- og helsedepartementet i alle spørsmål som angår 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 en representant.

NR utreder dagens spesialistutdanning for leger med tanke på forbedringer i utdanningens kvalitet og effektivitet. En første utredning om de sykehusbaserte spesialitetene vil foreligge i løpet av 2000. I 2001 vil utredningsarbeidet fortsette med etterutdanning for legespesialister og vurdering av spesialitetsstrukturen.

Nasjonalt råd gir også råd til departementet i legefordelingsspørsmål. For spesialisthelsetjenesten er NR i slike spørsmål rådgivende for departementet, og for kommunehelsetjenesten er det NR som fordeler nye hjemler.

Norge har Nordens beste legedekning i forhold til innbyggertall. Antall nye legestillinger i sykehus økte frem til 1998 med rundt 400 stillinger per år, mens kommunehelsetjenesten hadde en økning på 30-40 nye hjemler per år. Ved en restriktiv holdning til opprettelse av nye legestillinger i sykehus er formålet å redusere antall ubesatte legestillinger, særlig ved utkantsykehus, innenfor psykisk helsevern og i kommunehelsetjenesten, der en står overfor gjennomføringen av fastlegereformen.

Ved årsskiftet 1998/99 var det ca. 800 ledige legestillinger som følge av mangel på kvalifiserte søkere, 600 i sykehus og 200 i kommunene. Departementet har etter råd fra NR fastsatt rammer til sykehusene på 80 nye stillinger per år for årene 1999 og 2000. Ved årsskiftet 1999/2000 var tilsvarende tall redusert til 635 ledige stillinger, 360 for sykehus, men en viss økning i kommunehelsetjenesten til 275 ledige stillinger.

NR har i 1999 og hittil i 2000 fordelt ved 250 nye legehjemler til kommunehelsetjenesten som ledd i en opptrapping før gjennomføringen av fastlegereformen.

Merknader til budsjettforslaget for 2001

Antall årsverk var 7,6 pr. 1. mars 2000 i følge det sentrale tjenestemannsregisteret. Bevilgningen dekker sekretariatets driftsutgifter, utvalgsgodtgjørelse til rådet mv.

Kap 0734 Det Norske Radiumhospital

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
50	Statstilskudd	430 541	297 900	298 600
	Sum kap 0734	430 541	297 900	298 600

Fra 1999 er det innført nettobudsjettering for Det Norske Radiumhospital. Dette innebærer at det bevilges et netto driftstilskudd på kap. 734, post 50.

I statsregnskapet er det utbetalte tilskuddet i 1999 utgiftsført. Følgende utbetalinger i 1999 er spesielle og gjør at tallet ikke er sammenlignbart med budsjettet for 2000/2001:

- ubrukte bevilgninger i 1998, 106 891 kroner (hovedsakelig utstyrsbevilgning)
- ekstratilskudd for å dekke avsetninger til feriepenger og andre sosiale utgifter, netto 47500 kroner.

I tillegg til statstilskuddet disponerer Radiumhospitalet inntektene fra virksomheten, bl.a. DRG-refusjon og kurdøgnsbetaling fra fylkeskommunene. Brutto driftsutgifter er på om lag 850 mill. kroner.

Formål og hovedprioriteringer

Det Norske Radiumhospital (DNR) omfatter selve hospitalet og Institutt for kreftforskning. Instituttets budsjett er inkludert i DNRs budsjettforslag med ca. 40 mill. kroner.

Det Norske Radiumhospital er landets spesialsykehus for diagnostikk, behandling, pleie og omsorg ved kreftsykdom. Sykehuset er et universitetssykehus og skal drive forskning på høyt internasjonalt nivå. Det skal videre være en drivkraft i forebygging av kreft og rehabilitering av kreftpasienter.

DNR har som hovedmål å:

- være referanseinstitusjon innen kreftdiagnostikk, -behandling og -pleie, herunder være kompetansesenter for visse former for gynekologisk kreft og ben- og bindevevskreft (sarkomer)
- dekke behovet for diagnostikk, behandling og omsorg på regionsnivå for pasienter fra helseregion Sør og Akershus fylkeskommune, samt for pasienter fra andre fylker som har valgt DNR og har prioritet etter alvorlighetsgrad
- medvirke til å forebygge kreft ved rådgivning overfor myndighetene og utsatte grupper og ved forebyggende behandlingstiltak
- bidra til tidlig diagnostikk av kreft ved genetisk veiledning og oppfølging i familier med arvelig kreft, ved deltagelse i screening av befolkningen og ved ivaretakelse av kompetansesenterfunksjoner innen disse feltene
- drive grunnforskning og anvendt forskning på høyt internasjonalt nivå innen felter relatert til kreft og kreftbehandling
- være en aktiv universitetsinstitusjon med undervisningsoppgaver innen grunnutdanning, spesialistutdanning, samt videre- og etterutdanning
- gi konsultativ bistand og opplæring til sykehusene i egen region, til de andre regionsykehusene og til primærhelsetjenesten

Departementet har godkjent opprettelse av en stråleterapienhet ved Vest-Agder sentralsykehus, og har inngått en intensjonsavtale med Vest- og Aust-Agder fylkeskommune om finansiell bistand til etableringen. Enheten skal være faglig underlagt DNR, og en del av personalet vil for en periode på 3 år være ansatt ved DNR. Avtalen skal evalueres etter 3 år. DNR står også sentralt i planleggingen av en tilsvarende enhet på Gjøvik. DNR har fortsatt regionsansvar for pasienter fra Hedmark, Oppland og Østfold. Endringer i dette vil avhenge av i hvilken grad stråleterapikapasiteten ved Ullevål sykehus blir bygget ut.

Resultatrapport 1999

DNR har hatt et relativt stabilt pasientantall i 1990-årene, men sykehusdriften er intensivert ved at det er flere fremmøter til stråleterapi, større operasjoner og mer avansert diagnostikk og medikamentell behandling, inkl. høydosebehandling.

Tabell 13.17Aktivitetstall innlagte pasienter ved Radiumhospitalet

	Resultat 1997	Resultat 1998	Mål 1999	Resultat 1999	Mål 2000	Mål 2001
Antall kurdøgn	111 620	115 515	115 250	110 582	117 500	114 400
Innlagte pasienter i alt	5 327	5 553	5 500	5 546	5 650	5 650
Sykehusopphold	12 023	12 507	11 900	13 578	12 050	12 700

Tabell 13.18Polikliniske undersøkelser og behandling ved Radiumhospitalet

	Resultat 1997	Resultat 1998	Mål 1999	Resultat 1999	Mål 2000	Mål 2001
Antall konsultasjoner	22 400	22 638		23 125		
Strålebehandling, fremmøter	20 605	23 821		22 800		
Fremmøter totalt	43 005	46 459	45 500	45 925	48 000	48 000

Antall kurdøgn og sykehusopphold er i 1999 sterkt påvirket av permisjonsreglene som ble praktisert i første halvår. Antall (tekniske) utskrivninger i forbindelse med helgene, og dermed antall sykehusopphold, økte da betydelig. Antall kurdøgn ble av samme grunn redusert (2 kurdøgn mindre for hver ekstra utskrivning). Antall pasienter er upåvirket av dette og viser at pasientinntaket for 1999 som helhet var på omtrent samme nivå som i 1998. Pasientinntaket var betydelig høyere i annet halvår enn i første halvår 1999. Økningen var særlig knyttet til operativ virksomhet og stråleterapi. Sosial- og helsedepartementets resultatkrav var basert på ytterligere ett ettermiddagsskift på stråleterapi fra høsten 1999. På grunn av rekrutteringsproblemer har dette ikke latt seg gjennomføre, og resultatmålet ble dermed urealistisk høyt når det gjaldt antall kurdøgn. Målet for 2001 er følgelig nedjustert når det gjelder kurdøgn. Samlet legger budsjettforslaget opp til at DNR skal ha en like høy aktivitet på pasientbehandling, forskning og undervisning som i inneværende år.

Ventetiden for innleggelse ved DNR er normalt 2-4 uker, men for lindrende behandling var den betydelig lenger i 1999. Det ble teknisk sett ikke registrert brudd på ventetidsgarantiene, men en ventetid på over to måneder er imidlertid ikke meningsfull for kreftbehandling. DNR har av kapasitetsgrunner vært nødt til å avvise pasienter. Årsaken er at for kreftpasienter er det ikke meningsfullt å stå på venteliste over to måneder. I disse tilfellene blir pasienten fulgt opp av henvisende sykehus. Ventetiden for rekonstruksjoner etter brystkreftoperasjoner var fortsatt lang.

Det var økt aktivitet ved poliklinikken i 1999, men innen stråleterapi gikk antall fremmøter noe tilbake sammenliknet med 1998. Totalantallet for polikliniske fremmøter gikk dermed ned, men resultatkravet ble likevel innfridd.

Rehabilitering

DNR har tilbud innen sosionomtjenester, psykiatri, fysioterapi, ergoterapi og vanntrening, men er foreløpig ikke organisert i forhold til en planmessig rehabilitering. Montebello-Senteret ved Lillehammer, som styres og videreutvikles i samarbeid med DNR, driver en omfattende kursvirksomhet for kreftpasienter og deres familier.

Kvalitetssikring, brukerundersøkelser og serviceerklæringer

Kvalitetssikringsarbeidet ble videreført når det gjelder systematisk dokumentasjon av prosedyrer (elektronisk kvalitetshåndbok) og håndtering av pasientskadesaker. Oppfølging av behandlingsresultater pågikk innenfor flere pasientgrupper. Prosjekter med oppfølging av langtidsbivirkninger og livskvalitet er igangsatt/videreført. Det ble i 1999 arbeidet med serviceerklæringer. Dette vil i første omgang gjelde for funksjonene knyttet til pasientmottaket.

Rådgivningsvirksomhet og analyser av innsendte prøver

DNR bidro til kreftbehandling ved andre sykehus gjennom rådgivningsvirksomhet og analyser av innsendte prøver. Kreftspesialister fra DNR reiser ut til sykehusene i regionen. DNR inngikk også kontrakter om bemanning av spesifikke diagnostikk- og behandlingsfunksjoner ved andre sykehus. Etterspørselen etter kromosomanalyser av solide svulster økte. Bruken av telemedisinske tjenester, spesielt telepatologi, ble videreutviklet, og det var et utstrakt samarbeid med norske og utenlandske industripartnere om utvikling av nye tekniske løsninger. Telemedisinske tjenester for stråleterapisatelittene var også et satsningsområde. Teleradiologisk forbindelse til Telemark Sentralsykehus er etablert.

Forebygging og tidligdiagnostikk

Avdeling for miljø- og yrkesbetinget kreft utførte utrednings- og rådgivningsoppgaver for myndighetene i forbindelse med kreftfremkallende stoffer og kreftforebyggende tiltak. I tillegg ble det forsket på årsakene til miljø- og yrkesbetinget kreft. Montebello-Senteret samarbeidet med

Statens Ernæringsråd innen området mat og kreft.

Tilbudet innen genetisk veiledning ble gitt til familier med arvelig brystkreft, eggstokk-kreft og tarmkreft. Det ble også foretatt gentesting for å få en nærmere avklaring av hvilke personer i familiene som har stor risiko for de aktuelle kreftformene. Et prosjekt for evaluering av oppsøkende virksomhet ble startet opp i 2. tertial 1999, etter at det ble gitt tilskudd fra Sosial- og helsedepartementet. Etter at det ble etablert et tilbud om gentesting for de hyppige norske mutasjoner for arvelig bryst- og eggstokkreft, har nesten alle kvinnene som burde få dette tilbudet tatt kontakt selv.

Mammografiscreening i Akershus ble gjennomført i henhold til revidert prosjektplan.

Forskning og utvikling

Ved Institutt for kreftforskning ble det drevet grunnforskning knyttet til cellebiologi og kreft, og anvendt forskning knyttet til kreftbehandling, -diagnostikk og -forebygging. Instituttet hadde 83 ansatte lønnet over statsbudsjettet, og i tillegg ca. 150 personer lønnet av eksterne midler. Forskerne ved Instituttet og sykehusavdelingene samarbeidet nært om utvikling av diagnostikk og behandling.

Utgiftene til forskning og utprøvende behandling økte fra 56,3 mill. kroner i 1998 til 58,6 mill. kroner i 1999. Økningen var basert på Sosial- og helsedepartementets tilskudd til genforskning på kreft. Utgifter relatert til prosjekter, støttet av Norges forskningsråd og andre eksterne bidragsytere, kommer i tillegg til de beløpene som er nevnt. DNR la også i 1999 stor vekt på translasjonsforskningen, dvs. forskningen som må til for å overføre resultatene fra grunnforskningen til praktisk klinisk anvendelse. I tillegg til genterapi ved kreft, har DNR hatt følgende institusjonelle satsingsområder: høydosebehandling med stamcellestøtte, mikrometastasediagnostikk, fotokjemisk behandling, immunterapi/kreftvaksiner, mikrodosimetri ved stråling og medikamentutprøvning.

Undervisning

DNR er en universitetsklinikk og har ansvaret for bl.a. den kreftrelatert undervisningen for medisinerstudentene ved Universitetet i Oslo. Gjennom professor II-tilknytninger var DNR dessuten engasjert i utdanning av realister ved Universitetet i Oslo, sivilingeniører ved NTNU og fysikere ved Universitetet i Tromsø. Økningen i antall undervisningstimer har sammenheng med en ny professor II-stilling i laboratoriemedisin.

Det var i skoleåret 1998/99 utvidet kull ved stråleterapeututdanningen og 21 kandidater ble uteksaminert. Høsten 1999 var 14 kandidater under utdanning. Videreutdanningen i onkologisk sykepleie hadde utvidet kull også fra høsten 1999, dvs. 30 kandidater.

Tabell 13.19Undervisningstimer og årsverk i utdanningsstillinger ved Radiumhospitalet

	Resultat 1998	Budsjett 1999	Resultat 1999	Mål 2000	Mål 2001
Undervisningstimer, medisinsk fakultet UiO [1]	2 670	2 460	2 860	2 760	2 860
Undervisningstimer, videreutdanningene	1 245	1 240	1 240	1 240	1 240
Årsverk i utdanningsstillinger					
- assistentlegestillinger	43	44	50	45	50
- forskerutdanningsstillinger [2]	74	70	76	70	75

[1] Ikke alle fagområder er her tatt med; tallene inkluderer undervisning til med.stud., samt undervisning ifm videreutdanning i onkologisk sykepleie og videreutdanning i stråleterapi.

[2] Hovedsakelig doktorgradstipendiater.

Tilstandsvurdering

For visse kreftformer kan overlevelsesprosenten økes med *tidligdiagnostikk*. Mammografiscreeningen er under oppbygging i flere fylker, og vil kreve økt strålebehandlingskapasitet for å kunne gi et tilbud om brystbevarende kirurgi. For tykktarmskreft må det gjennomføres studier for eventuelt å få bekreftet at tidligdiagnostikk kan gjennomføres på en effektiv måte. For arvelig bryst-/eggstokkreft er genetisk veiledning og gentesting et etablert tilbud. Tilsvarende tilbud for personer med arvelig risiko for tarmkreft er under oppbygging. De medisinske mulighetene for *lindrende strålebehandling* er ikke fullt utnyttet på grunn av for få maskiner, legespesialister og stråleterapeuter. Tilbudet innen kirurgisk behandling ved spredning til ryggsøylen og rekonstruksjoner av bryst ved kreftoperasjoner er mangelfullt. *Utdannelseskapasiteten* er en begrensende faktor for forbedring av diagnostikk- og behandlingstilbud i regionen. DNRs kompetanse kan utnyttes bedre i kreftundervisningen for leger Det *telemedisinske* tilbudet i regionen er under oppbygging, men omfatter fortsatt ikke alle sykehusene og konsulenttjenester innen radiologi.

Satsingsområder og resultatmål for 2001

DNRs fremste oppgave er å oppfylle de prioriterte nasjonale helsepolitiske målene innenfor fastsatte rammer med økende krav til kvalitetssikring av helsetjenestene. DNR vektlegger videre fortsatt satsing på forskning og utvikling.

Nasjonal kreftplan og kreftsatsing

I St.prp. nr. 61 (1997-98) om Nasjonal kreftplan uttales det at DNR er både nasjonal og internasjonal referanseinstitusjon innen kreftfeltet.

Stråleterapikapasiteten skal økes ved DNR. Det arbeides for å etablere i 2001 ytterligere ett ettermiddagsskift for å øke stråleterapikapasiteten ved en strålemaskin. Dette vil øke antall pasienter som får stråleterapi, samtidig som det legges opp til økt andel poliklinisk utredning og behandling.

Det er for øvrig i kreftplanen bevilget midler i 1999, 2000 og 2001 til stråleterapibunkere og stråleterapiutstyr. I dette inngår også DNR. Kreftplanen er videre omtalt under kap. 739, post 65.

Omdanning til statsforetak

Sosial- og helsedepartementet har startet et arbeid med å utrede tilknytningsform for statlige sykehus med sikte på å omdanne Rikshospitalet, Det Norske Radiumhospital og Statens senter for epilepsi til statsforetak. Arbeidet foregår i samarbeid med sykehusene. Tiltaket er et ledd i regjeringens arbeid med å legge til rette for en bedre ansvars- og rollefordeling i sykehussektoren enn det vi har i dag.

Diagnostikk og behandling

Forslag til plantall for 2001 fremgår av tabellene under punkt 2 resultatrapport for 1999. Plantallene for antall pasienter, innleggelser og kurdøgn er økt på bakgrunn av større kapasitet for strålebehandling fra høsten 2000. DNR legger opp til at en større andel av stråleterapien skjer poliklinisk, og resultatmålet for antall polikliniske fremmøter og behandlinger er økt som følge av dette. For å øke behovsdekningen for lindrende behandling, er det en målsetting å øke antall stråleterapiserier til 3 300 på årsbasis, dvs. med 12 pst. i forhold til nivået i perioden 1994-98.

DNR vil følge opp målsettingene i den nasjonale strategien for kvalitetsutvikling i helsetjenesten og målsettingene om serviceerklæringer.

Rådgivningsvirksomhet og analyser av innsendte prøver

DNR tar sikte på å øke bistanden til fylkessykehusene, dels ved at flere konsulenter reiser ut, eller ved at DNR bemanner kreftpoliklinikker og andre funksjoner ved sykehusene. Nye tilbud over telemedisinnettet er et satsingsområde, men forutsetter bedre infrastruktur ved DNR.

Forebygging og tidligdiagnostikk

DNR vil utvide tilbudet innen genetisk veiledning slik at flere familier med arvelig betinget opphopning av tarmkreft får et tilsvarende tilbud som familier med opphopning av eggstokk-kreft og brystkreft.

DNR vil bidra til oppfølging og etterundersøkelser i forbindelse med genetisk veiledning og screening, slik at disse gruppene får et faglig tilfredsstillende tilbud.

Forskning, utvikling og kompetansesenterfunksjoner

Det er et sentralt mål å opprettholde satsingen på forskning. DNR vil organisere diagnostikk og behandling i programmer for ulike pasientgrupper og gjøre en ekstra forskningsinnsats i noen utvalgte programmer. Det er også en målsetting å få etablert en forskningsgruppe spesielt for stråleterapi.

Statsbygg igangsatte i 1997 et forprosjekt for utviklings- og forskningsbygg på Vestenghaugen. Planene for utbyggingen er omtalt i St.prp. nr. 61 (1997-98) Om nasjonal kreftplan.

Undervisning

Innføringen av ny studieplan for medisinerstudentene (OSLO-96) fortsetter. Målsettingen for DNR er å dekke en forholdsmessig del av smågruppeundervisningen i første del av studiet og å forbedre undervisningen om kreft og kreftbehandling i senere semestre.

Ved videreutdanningen i stråleterapi og innen onkologisk sykepleie vil størrelsen på kullene bli opprettholdt på det nivå etterspørselen utenfra tilsier. Antall forskerutdanningsstillinger er avhengig av den eksterne finansieringen av forskningsprosjekter.

Forslag til resultatmål for 2001 fremgår av tabellene under resultatrapporten for 1999.

Merknader til budsjettforslaget for 2001

Med nettobudsjettering bortfaller tidligere omtale av utgifts- og inntektsposter. DNR vil imidlertid holde oversikt over dette i sitt internregnskap. Med henvisning til det arbeid som nå pågår med sikte på omdanning til statsforetak, vil det bli foretatt en bred gjennomgang av sykehusets ressurssituasjon med sikte på å avklare den situasjon som sykehuset skal kunne gå inn i en ny tilknytningsform med. Det legges opp til at denne gjennomgangen skal være avsluttet i 2001. Gjennomgangen vil bli presentert sammen med samleframlegget om statsforetak i 2001.

Antall årsverk i følge det sentrale tjenstemannsregisteret var 1312 pr. 1. mars 1999 og 1346 pr. 1. mars 2000. Prognose pr. 1. oktober 2001 er 1370 årsverk. Økningen i antall ansatte er i samsvar med Stortingets vedtak angående utvidelse av stråleterapikapasiteten.

DNRs driftstilskudd for 2001 utgjør 298,6 mill. kroner. Herav utgjør 26,7 mill. kroner større utstyrsanskaffelser i 2001. Dette er en økning på 3,7 mill. kroner fra 2000.

I driftstilskuddet for 2001 er det videreført en bevilgning på 5 mill. kroner til arbeidet med prosjektering av et forskningsbygg på Vestenghaugen. I tillegg kommer en økning på 2,7 mill. kroner, slik at samlet beløp for det videre arbeidet med prosjekteringen for 2001 er på 7,7 mill. kroner. Det pågår nå en arkitektkonkurranse om utbyggingen på Vestenghaugen. Denne omfatter planer for mulige andre institusjoner på området Vestenghaugen i tillegg til kreftforskningsinstituttet. Konkurransen vil være avsluttet i desember og vinnerutkastet vil bli offentliggjort. Departementet vil fortsette planleggingen av bruken av Vestenghaugen med vekt på utbyggingen av forskningsbygget og tar i revidert nasjonalbudsjett for 2001 sikte på å komme tilbake med en samlet vurdering av arealbruken og tidsfastsettelsen for den videre prosjekteringen.

Kap 0735 Statens senter for epilepsi (jf. kap. 3735)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	123 491	120 660	129 440
30	Nybygg	82		
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	2 271	2 810	2 860
	Sum kap 0735	125 844	123 470	132 300

Overført fra 1999 til 2000:
Post 01: 5 203 000 kroner
Post 45: 813 000 kroner

Formål og hovedprioriteringer

Statens senter for epilepsi (SSE) skal ha landets høyeste kompetansenivå innen epilepsi og har som formål å forebygge, utrede og behandle epilepsi og de tilleggsproblemer epilepsien medfører.

SSE er spesialsykehus, forsknings- og kunnskapssenter, med landsfunksjoner for avansert utredning og behandling av epilepsi. Landsfunksjonen for epilepsikirurgi er i samarbeid med nevrokirurgisk avdeling ved Rikshospitalet, som foretar inngrepene. SSE har også kompetansesenter for tuberøs sklerose og lignende tilstander, og kompetansesenter for pasienter med psykisk utviklingshemming med epilepsi.

SSE har følgende hovedmål:

- SSE tilbyr pasientbehandling med integrert tverrfaglig utredning, behandling av epilepsi og epilepsilignende anfall og ledsagende medisinske og psykososiale problemer, såkalt 'comprehensive' sentermodell. Tilbudet skal også omfatte utredning av fysisk, psykososial og arbeidsmessig fungering, samt miljø- og familieterapi og forberedende attføring og skolegang
- SSE skal utføre konsulent- og opplysningsvirksomhet, både overfor de ulike nivåer i helsevesenet og overfor pasienter, pårørende og andre som er involvert i problemstillinger knyttet til epilepsi
- SSE skal forestå undervisning på høyskole- og universitetsnivå, og ta i mot hovedfagsstudenter og studenter i fordypningspraksis samt helsepersonell under spesialisering
- forskning og metodeutvikling skal være en kontinuerlig virksomhet ved senteret. SSEs fagfolk skal representere høyeste spesialiseringsnivå innen epileptologi og ha et utstrakt samarbeid med andre ledende forskningsmiljøer innen fagområdet.

Resultatrapport 1999

Tabell 13.20Resultatmål for Statens senter for epilepsi

Resultatmål	Resultat 1997	Resultat 1998	Mål 1999	Resultat 1999
Kurdøgn[1)]	24 651	23 856	24 525	24 044
Utskrevne pasienter	1 039	1 004	1 100	1 014
Poliklinikk				
Konsultasjoner	1 429	1 456	1 050	1 387
Pasienter	880	915	600	892
Undersøkelser klinisk-kjemisk laboratorium	37 431	38 119	37 000	41 306
Undersøkelser klinisk-nevrofysiologis lab	3 516	3 300	3 300	3 277
Antall telemetritimer[2)]	10 708	268		

1) I tillegg kommer dagpasienter: 202 døgn i 1997, 122 døgn i 1998 og 50 døgn i 1999.

2) Nytt resultatmål fra 2001.

Tilstandsvurdering

Ressursbehovet knyttet til utredninger basert på observasjon og registrering av hjerneaktivitet under epileptiske anfall har økt betydelig i takt med den utvikling som foregår i utrednings- og behandlingsmulighetene for denne pasientgruppen. Som en følge av dette har intensivavsnittet blitt en flaskehals. I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 1999 ble det bevilget 1 mill. kroner til utvidet drift i eksisterende lokaler. Disse midlene ble videreført i 2000 og foreslås videreført for 2001. Midlene har ført til høyere kapasitet ved intensivavsnittet. Det er imidlertid påkrevet med en mer omfattende kapasitetsutnyttelse av intensivavsnittet. I 1999 har SSE i samarbeid med Statsbygg laget skisseforslag og kostnadsestimat knyttet til et nytt intensivavsnitt. Departementet foreslår at det bevilges 2 mill. kroner til forprosjekt for en ny intensiv observasjonspost i 2001.

Kompetansesenter for tuberøs sklerose skal flyttes fra sine midlertidige lokaler og etableres i ombygde lokaler innen utgangen av 2000.

Opp mot 30 prosent av mennesker med psykisk utviklingshemming har epilepsi, mot i underkant av 1 prosent av befolkningen. SSE har kompetansesenter for epilepsi hos psykisk utviklingshemmede. Det er rekruttert lege bl.a. med sikte på å bygge opp kunnskap og kompetanse på dette området.

Sosial- og helsedepartementet har startet et arbeid med å utrede tilknytningsformen for statlige sykehus med sikte på å omdanne Rikshospitalet, Det Norske Radiumhospital og Statens senter for epilepsi til statsforetak. Arbeidet foregår i samråd med sykehusene. Tiltaket er et ledd i regjeringens arbeid med å legge til rette for en bedre ansvars- og rollefordeling i sykehussektoren enn det vi har i dag.

Resultatmål 2001

Tabell 13.21 Måltall Statens senter for epilepsi

Resultatmål	Mål 2000	Mål 2001
Kurdøgn	24 000	24 000
Utskrevne pasienter	1 100	1 100
Poliklinikk		
Konsultasjoner	1 150	1 300
Pasienter	700	800
Undersøkelser klinisk-kjemisk laboratorium	37 000	Ikke videreført
Undersøkelser klinisk-nevrofysiologis lab	3 300	3 500
Antall telemetritimer[1)]		17 000

[1)] Nytt resultatmål fra 2001.

Merknader til budsjettforslag for 2001

1 mill. kroner videreføres til utvidet utredningskapasitet ved intensivavsnittet. 2 mill. kroner videreføres til utstyrsanskaffelser.

Budsjettet er styrket med 2 mill. kroner knyttet til forprosjekt for eventuell utbygging av en ny intensiv observasjonspost, jf. omtale under pkt. 3.

For å få en mer reell budsjettering for 2001 foreslår departementet å heve inntektskravet på kap. 3735, post 02 med 2 mill. kroner mot tilsvarende økning av kap. 735, post 01.

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 222 pr. 1. mars 1999 og 226,8 pr.1. mars 2000.

Kap. 3735 Statens senter for epilepsi (jf. kap. 735)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Vedtatt budsjett 2000	Forslag 2001
02	Salgs- og leieinntekter	9 833	5 550	7 717
16	Refusjon fødselspenger	1 802		
17	Refusjon lærlinger	75		
60	Refusjon fra fylkeskommuner	70 358	72 920	75 108
	Sum kap 3735	82 068	78 470	82 825

Post 02 Salgs- og leieinntekter

Inntektene gjelder poliklinisk virksomhet, inntekter fra laboratorier mv. Eventuelle inntekter ("merinntekter") ut over det budsjetterte gir anledning til tilsvarende økte utgifter. På denne måten har etaten anledning til å øke aktiviteten. For å få en mer reell budsjettering for 2001 foreslår departementet å heve inntektskravet på kap. 3735, post 02 med 2 mill. kroner, jf. også omtale under pkt. 5.

Kap. 0737 Barnesykehus (jf. kap. 3737)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	43 706	42 293	43 480
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	99	407	720
	Sum kap 0737	43 805	42 700	44 200

Overført fra 1999 til 2000:
Post 01: 2 144 000 kroner
Post 45: 301 000 kroner

Kapitlet omfatter barnesykehusene Geilomo og Voksentoppen. Hokksund barnesykehus ble avviklet fra 1. juni 1998. Det vil påløpe utgifter i forbindelse med Hokksund barnesykehus de nærmeste årene til bl.a. ventelønn til de ansatte som ikke har fått nytt arbeid og til husleiekontrakter som utløper i 2002.

Fra 1.januar 1999 er det innført samordnet opptak for Geilomo og Voksentoppen. Dette er gjort for å oppnå en fleksibel overflytting av pasienter mellom de to sykehusene etter behov. Sosial- og helsedepartementet har lagt til grunn at reglene for fylkesgodkjenning er felles for de to sykehus fra 1999. En eventuell overflytting mellom de to sykehusene skjer i forståelse med henvisende lege/avdeling.

Innen årsskiftet 2000/2001 vil en felles inntakskomité for Geilomo og Voksentoppen iverksettes.

Geilomo

	Regnskap 1999	Budsjett 2000	Forslag 2001
Driftsutgifter og investeringer	14 920	14 919	15 862
Inntekter	1 644	1 477	1 521

Det vises også til hovedtabell med fordeling på post for kap. 737 og 3737.

Formål og hovedprioriteringer

Geilomo barnesykehus eies av Norges astma- og allergiforbund og drives av staten. Sykehuset tilbyr opphold for barn i alderen 2-15 år med astma og allergi. Sykehuset har barnehage, svømmehall og aktivitetshall med scene og klatrevegg. Sykehuset er beliggende på et 45 mål stort område med muligheter for uteaktiviteter.

Sykehuset har følgende hovedmål i sin virksomhetsplan:

- best mulig medisinsk og fysisk rehabilitering, med vekt på selvstendiggjøring i dagliglivet
- økt kunnskap om barn med astma og allergi
- kunnskap til - og tilrettelegging i - hjemmemiljø og samfunn

Geilomo skole - som er en integrert del av sykehuset - er underlagt Styret for statlige spesialpedagogiske kompetansesentra, og gir individuelt tilpasset undervisning for barn fra 1. t.o.m. 10. klasse. Skolen gir også kompetanseoverføring til hjemskolene.

Resultatrapport 1999

Geilomo har 30 senger og har t.o.m. 1998 budsjettert med 7 000 kurdøgn pr. år. Fra 1999 er antall kurdøgn økt til 7 100 pr. år. Det er vanlig med opphold på 4-6 uker.

Etterspørselen etter plasser ved Geilomo har de siste årene vært stabilt høy. Etterspørselen var imidlertid spesielt høy i 1999. Resultatene viser at antall kurdøgn ble høyere enn budsjettert.

Tilstandsvurdering

Spesifiserte bestillinger fra innleggende leger, spesielt når det gjelder utprøving av mestring ved trening og aktivitet, resulterer i både individuelle og felles treningsopplegg – i tillegg til individuelle behandlingsopplegg. Dette medfører at institusjonen er i stadig utvikling. Det spesielle ved tilbudet er medisinsk behandling av en viss varighet i tid, og utprøving av fysisk mestring ved trening og aktiviteter i fjelluft.

Oslo, Akershus, Vestfold, Hordaland og Sør-Trøndelag har fremdeles den hyppigste bruken av Geilomo, men det foregår stadig en geografisk utjevning som også omfatter de nordligste fylkene.

Legetjenesten ved Geilomo barnesykehus har over en lengre periode vært løst ved at 4 spesialister i allergologi dekker legehjemmelen ved sykehuset. Det arbeides fortsatt med å få en fast spesialist ved Geilomo.

Satsingsområder og mål for 2001

Det er et stadig økende krav til informasjon, kunnskap til hjemmemiljø og til oppfølging etter oppholdet ved Geilomo. Metodikken for dette arbeidet ble utviklet i forbindelse med prosjektet Bedre hverdag som ble avsluttet høsten 1999, og som nå blir en integrert del av det daglige arbeidet ved Geilomo.

Tabell 13.22Resultatrapport Geilomo

	Resultat 1997	Resultat 1998	Resultat 1999
Kurdøgn	6 939	6 800	7 431
Gjennomsnittlig liggetid	30	29,5	30
Utskrevne pasienter	230	226	249
Sengeutnyttelse i pst. 1)	77	70	77

1) Tallet for sengeutnyttelse (i pst.) er basert på 46 ukers drift i året.

Tabell 13.23Plantall Geilomo

Plantall	2000	2001
Kurdøgn	7 100	7 100
Utskrevne pasienter	240	240
Gj.snittlig liggetid	L < 30	30

I 2000 vil det bli investert i telemedisinsk utstyr. Bruksområdene videreutvikles i 2001 i samarbeid med Voksentoppen.

Merknader til budsjettforslaget for 2001

Antall årsverk var 36,6 pr. 1. mars 2000 i følge det sentrale tjenestemannsregisteret.

Hokksund

Den statlige driften av Barnesykehuset ble avviklet per 1. juni 1998.

	Regnskap 1999	Budsjett 2000	Forslag 2001
Driftsutgifter og investeringer	1 870	2 500	1 500
Inntekter	0	0	0

Ventelønn for de av de ansatte som har krav på dette er budsjettert på post 01. I tillegg er utgifter i forbindelse med husleiekontrakten som løper til 31.12.2002 medtatt. I perioden 01.06.2000 til 31.12.2001 er det inngått fremleieavtale for hoveddelen av lokalene. I tillegg er det inngått avtale med eier om tilbakeføring av bruk og ansvar for en mindre del av lokalene. Departementets utgifter i forbindelse med husleiekontrakten er dermed redusert.

Voksentoppen senter for astma og allergi

	Regnskap 1999	Budsjett 2000	Forslag 2001
Driftsutgifter og investeringer	27 015	25 281	26 838
Inntekter	5 494	3 433	3 536

Det vises også til hovedtabell med fordeling på post for kap. 737 og 3737.

Formål og hovedprioriteringer

Voksentoppen er et spesialsykehus for barn og unge med alvorlig allergi, astma og andre kroniske lungesykdommer, eksem og fødemiddelintoleranser. Man tar særlig sikte på utredning, behandling og habilitering av barn og unge hvor sykdommen er vanskelig å mestre og/eller griper sterkt inn i pasientens og familiens livssituasjon. Voksentoppen mottar i hovedsak pasienter fra regionsykehus, sentral - og fylkessykehus og fra praktiserende spesialister i barnesykdommer.

Voksentoppens leger og andre faggrupper holder forelesninger og medvirker i gjennomføringen av internasjonale og nasjonale møter og kongresser. Fra Voksentoppen utgår hvert år en rekke publikasjoner i internasjonale faglige tidsskrift.

Voksentoppen har følgende mål:

Pasientrettet arbeid

- sørge for at barn og unge med særlig vanskelig sykdom får utredning og behandling for sin sykdom bygget på tverrfaglig diagnose i et vitenskapelig basert helhetssyn
- gi pasienter og foreldre kunnskap og innsikt for å kunne mestre sykdommen
- utvikling og kompetanseoverføring
- gjennom forskning og fagutvikling få økt kunnskap og innsikt i sykdommene og de problemer de skaper for barna, familiene og samfunnet
- omsette kunnskap fra nasjonal og internasjonal forskning til praktisk medisin og til beste for pasientgruppen
- undervisning av medisin- og sykepleiestudenter
- bidra til økt kompetanse hos fagfolk av forskjellig kategorier innen kommune- og fylkeshelsetjenesten og kompetanseoverføring fra Voksentoppen til primærhelsetjenesten

Forebyggende arbeid

– bidra til å stoppe økningen av astma og allergi blant barn i Norge.

Behandlingsreiser

– Voksentoppen har ansvar for behandlingsreiser for barn med allergi, astma og andre kroniske lungesykdommer.

Resultatrapport for 1999

Tabell 13.24Resultatrapport Voksentoppen

	Resultat 1997	Resultat 1998	Resultat 1999
Antall kurdøgn for pasienter	4 219	4 066	3 956
Antall kurdøgn for pårørende	3 841	3 293	3 360
Antall utskrevne pasienter	492	486	464
Gjennomsnittlig liggetid i dager	8,58	8,37	8,53
Antall polikliniske konsultasjoner	166	93	110
Sengeutnyttelse i pst. for pasienter [1)]	72,2	69,6	70,1
Sengeutnyttelse totalt inkl pårørende	73,6	67,2	68,1

[1)] Tallet er basert på full drift hele året med 16 plasser for pasienter.

Tilstandsvurdering

Det er i Norge som i en rekke andre land påvist en økning i forekomst og sykelighet av allergi/overfølsomhet, astma og andre kroniske lungesykdommer hos barn og ungdom. De fleste barn og familier kan behandles innen kommune- og fylkeshelsetjenesten, men for en begrenset del av pasientgruppen er det behov for den spesialkompetanse Voksentoppen gir som landsdekkende tilbud.

Akershus, Oslo og Hedmark har den hyppigste bruken av Voksentoppen.

Behovene kan variere i de forskjellige fylkene, og det vil ikke være riktig å tilstrebe en helt matematisk jevn fordeling av innleggelser fra alle fylker. Det er likevel fortsatt grunn til å arbeide for en noe mer jevn fordeling mellom fylkene. Voksentoppens mål er at alle pasienter med behov for Voksentoppens tilbud skal ha samme mulighet, uavhengig av bosted.

Professoratet, som ble vedtatt opprettet i forbindelse med statsbudsjettet for 1998, vil bli utlyst høsten 2000. Midlene til professoratet er inkludert i budsjettrammen for 2001.

Satsingsområder og mål for 2001

I 2000 vil det bli investert i telemedisinsk utstyr. Bruksområdene videreutvikles i 2001 i samarbeid med Rikshospitalet og Geilomo.

Det satses på å utnytte kapasiteten på 4000-4200 kurdøgn eller ca. 400-450 pasienter pr. år. Med bakgrunn i erfaringene fra de siste årene antas det at fylkenes bruk av Voksentoppen vil gi følgende pasientsammensetning:

Tabell 13.25Pasientsammensetning Voksentoppen

	Antall pasienter pr. år	Gjennomsnittlig liggetid (i dager)	Kurdøgn pr år
Astma	220	8,5	2 000
Andre lungesykdommer	40	8	300
Eksem	100	9,5	1 000
Spesielt krevende allergologi	75	7,5	500
Andre diagnoser			200
I alt	435	7,5	4 000

Tabell 13.26Plantall for Voksentoppen

	Plantall 2000	Plantall 2001
Antall kurdøgn for pasienter	4 200	4 100
Antall kurdøgn for pårørende	3 800	3 800
Antall utskrevne pasienter	480	481
Gjennomsnittlig liggetid i dager	8,75	8,52
Antall polikliniske konsultasjoner	250	250
Sengeutnyttelse i pst for pasienter	70,2	70,2
Sengeutnyttelse totalt inkl. pårørende	72,2	72,2

Merknader til budsjettforslaget for 2001

Antall årsverk var 51,8 pr. 1. mars 2000 i følge det sentrale tjenestemannsregisteret.

Kap 3737 Barnesykehus (jf. kap. 737)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
02	Salgs- og leieinntekter	2 226	1 310	1 349
16	Refusjon fødselspenger	1 187		
60	Refusjon fra fylkeskommuner	3 548	3 600	3 708
	Sum kap 3737	6 961	4 910	5 057

Kap 0738 Helsetjenesten på Svalbard (jf. kap. 3738)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	13 766	11 280	12 500
	Sum kap 0738	13 766	11 280	12 500

Formål og hovedprioriteringer

Longyearbyen sykehus skal gi tilfredsstillende helsetjeneste til den norske befolkningen og alle som ferdes på og rundt Svalbard. Den russiske bosetningen i Barentsburg har egen helsetjeneste.

Longyearbyen sykehus yter 1. og 2. linjetjenester, dvs. tjenester tilsvarende et helsesenter på fastlandet, og er akuttmedisinsk beredskapssykehus. Det er stasjonert et redningshelikopter på Svalbard med personell fra sykehuset.

Tilstandsbeskrivelse

Longyearbyen er over tid endret fra et mannssamfunn til et familiesamfunn. Samtidig er flyforbindelsen med fastlandet blitt bedre. Dette var bakgrunnen for en omorganisering som ble iverksatt i 1998. Den kirurgiske beredskapen ble noe redusert til fordel for en styrket allmennlegetjeneste og forebyggende helsearbeid. Det arbeides med en evaluering av omorganiseringen. Evalueringen planlegges å være ferdig høsten 2000.

Ved større ulykker og katastrofer må det tilkalles bistand fra fastlandet. Den medisinske beredskap og tilgang til forskjellige spesialister er sam-

mensatt på en annen måte enn på fastlandet. Tatt i betraktning Svalbards geografiske beliggenhet og klimatiske forhold som kan begrense flyginger, må den medisinske beredskap betegnes som god. Tilgjengeligheten til lege- og helsetjenester i Longyearbyen er god. Longyearbyen sykehus har et nært samarbeid med Regionsykehuset i Tromsø ved behov ut over det Longyearbyen sykehus dekker.

Resultatrapport 1999

Tabell 13.27Resultatrapport Helsetjenesten på Svalbard

Resultatmål	Resultat 1996	Resultat 1997	Resultat 1998	Resultat 1999
Polikliniske konsultasjoner	3 659	3 775	4 074	3 487
Liggedøgn	300	225	200	169
Operasjoner	70	77	54	37
Laboratorieprøver og røntgenundersøkelser	6 218	5 694	5 128	5 398
Svangerskaps-, spe- og småbarns- og skoleundersøkelser	697	560	738	726
Arbeidstagere kontrollert i bedriftshelsetjeneste	390	284	272	131

Aktiviteten har endret seg i tråd med intensjonen i omorganiseringen i 1998. Nedgangen i antall kontrollerte arbeidstagere i bedriftshelsetjeneste blir rapportert å ha sammenheng med en tilsiktet dreining bort fra personundersøkelser til en vektlegging av direkte kontakt på bedriftene, kartlegging av psykososialt arbeidsmiljø mv. Innenfor rammen av medisinsk gode prioriteringer, er sykehuset bevisst på å holde antall liggedøgn på et forsvarlig lavt nivå for å spare utgifter.

Longyearbyen sykehus hadde i 1999 et underskudd (”merutgift”) på 972 000,- kroner. Det arbeides med å bedre økonomi- og personalstyring, samt at det arbeides med kvalitetssikring.

Merknader til budsjettforslag for 2001

Antall årsverk var 19 pr. 1. mars 1999 og 18,7 pr. 1. mars 2000 i følge det sentrale tjenestemannsregisteret. Budsjettet er styrket med 1 mill. kroner til utstyrsanskaffelser.

Kap 3738 Helsetjenesten på Svalbard (jf. kap. 738)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
02	Salgs- og leieinntekter	2 645	1 390	1 432
	Sum kap 3738	2 645	1 390	1 432

Post 02 Salgs- og leieinntekter

I sykehusets inntekter inngår salg av medikamenter, pasientens egenandel ved konsultasjoner, fysioterapeutisk virksomhet, samt inntekter fra bedrifts- og tannhelsetjenesten. Sykehuset får ikke refusjon for polikliniske konsultasjoner.

Kap 0739 Andre utgifter (jf. kap. 3739)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, *kan nyttes under post 65*	81 433	68 500	90 200
50	Norges forskningsråd		23 300	25 600
60	Tilskudd til helsepersonellbemanning i luftambulansetjenesten	57 005	59 000	59 000
61	Tilskudd til driftsavtaler	185 843	194 000	202 000
64	Tilskudd til RIT 2000, *kan overføres*	64 035	100 300	125 900
65	Kreftbehandling m.m., *kan overføres, kan nyttes under post 21*	113 244	221 700	216 800
66	Mammografiscreening		71 900	99 600
70	Behandlingsreiser til utlandet	59 918	61 700	
71	Tilskudd til Norsk Pasientforening m.fl.	4 365	4 400	4 500
72	Tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning	29 427	35 400	39 100
73	Erstatning for stråleskader	69 120		
74	Reiseutgifter, turnuskandidater	6 836	8 600	8 900
	Sum kap 0739	671 226	848 800	871 600

Det er overført fra 1999 til 2000:
Post 64: 5 780 000 kroner
Post 65: 1 756 000 kroner
Post 73: 2 880 000 kroner

Post 21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren

Formål og oppgaver

Hovedformålet med posten er å bidra til et bedre kunnskapsgrunnlag for den utøvende helsetjenesten i Norge. Midlene har vært brukt til å fremskaffe styringsinformasjon og til prosjektbasert utviklingsarbeid. Viktige satsningsområder for 2001 er kvalitets- og styringsinformasjon, ledelse, planlegging og organisering av sykehus.

Det foreslås bevilget 90,2 mill. kroner i 2001. I denne bevilgningen inngår bl.a. overføring av 4 mill kr fra kap 670, post 62 Styrking av geriatri og 6 mill. kr fra kapittel 730, post 66, Helseregionale- og andre samarbeidstiltak. (Se nærmere omtale nedenfor).

Bevilgningen vil bl.a. gå til følgende tiltak:
- Tilskudd til Norsk institutt for sykehusforskning
- Senter for medisinsk metodevurdering
- Nasjonalt senter for innovasjonsbistand og næringsutvikling i helsesektoren
- Norsk pasientregister
- Statlig oppfølging av det helseregionale samarbeidet
- Forum for ledelse og organisering i sykehus
- Landsdekkende kommunikasjonssystemer i helsetjenesten
- Nasjonalt medisinsk museum
- Utvikling og evaluering av kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre
- Støtte til WHOs arbeid med senter for informasjon om helsereformer
- Kompetansenettverk sykehusplanlegging
- Nasjonalt formidlingssenter i geriatri

Nærmere om aktiviteten på satsingsområdene

Formalisert regionalt samarbeid

Det foreslås å overføre 6 millioner kroner fra kapittel 730, post 66. Samlet er det etter denne overføringen planlagt brukt om lag 7,5 mill. kroner til dette formålet. Midlene er planlagt brukt til å følge opp prosessene i de fem helseregionene med å utarbeide de regionale helseplanene, samt til samordningsprosessen mellom regionsykehusene i Oslo. Evaluering av det regionale samarbeidet vil også være et prioritert oppfølgingsarbeid fremover. Det er lagt opp til en bred evaluering av prosessen og resultatene av det regionale

helsesamarbeidet der flere ulike forskningsmiljøer er involvert. Det vises for øvrig til omtale under kapittel 730, post 66.

Nasjonalt formidlingssenter i geriatri

I forbindelse med avviklingen av geriatriplanen under kap 670, post 62, foreslås 4 mill kroner overført fra nevnte kapittel til kap 739, post 21 (Jf. omtale under kap 670, post 62).

Nasjonalt formidlingssenter i geriatri ble etablert i Bergen i 1996 som et tiltak under Nasjonalt geriatriprogram (1994-1999). Nasjonalt formidlingssenter skal ivareta formidling av kompetanse innen feltet geriatri 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). Senteret er lokalisert til Diakonissehjemmets sykehus, Haraldsplass, og til Institutt for samfunnsmedisinske fag, geriatrisk seksjon, Universitetet i Bergen. På denne måten sikres både nærhet til klinisk geriatrisk sykehusmiljø og tilknytning til universitetsmiljø. Det er planlagt brukt om lag 2 mill. kroner til dette formålet i 2001.

Kvalitets- og styringsinformasjon

I 2000 er publikasjonen SAMDATA-sykehus utvidet til å omfatte styringsdata om variasjon i behandlingspraksis i fylkeskommunene. Data viser variasjon i medisinsk praksis for utvalgte sykdommer og ventetid før operasjon i timer for pasienter med lårhalsbrudd. I tillegg gir rapporten den vanlige informasjonen om forholdet mellom ressursbruk og aktivitet, samt en analyse av variasjoner i forbruk av sykehustjenester mellom fylkeskommunene. I 2001 vil departementet arbeide videre for å inkludere informasjon om kvalitet i SAMDATA, basert på et utvalgsarbeid som gjennomføres i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund.

Medisinske kvalitetsregistre inneholder informasjon om behandlingsmåter og behandlingsresultat for en utvalgt pasientgruppe. Hensikten med registrene er at pasientene til en hver tid skal behandles ut fra de metodene som har vist best resultater. Aktiv bruk av slike registre vil dermed både kunne spare pasienter for unødige lidelser og samfunnet for utgifter til fornyet behandling. I 2000 ble det for første gang tildelt midler til nasjonale kvalitetsregistre fra Statens helsetilsyn. Helsetilsynet vil arbeide videre med departementet, Legeforeningen og Kommunenes Sentralforbund for å etablere en nasjonal infrastruktur for arbeidet med medisinske kvalitetsregistre.

Forskningsstiftelsen HELTEF har etablert et samarbeid med 22 sykehus om kartlegging av pasientenes erfaringer med sykehusopphold. Sykehusenes deltagelse er frivillig, og de finansierer en stor del av kostnadene ved undersøkelsene selv. Hensikten er først og fremst å gi sykehusene et redskap til forbedring gjennom sammenligning mellom sykehus og sykehusavdelinger. I 2001 vil HELTEF utvikle et forslag til et nasjonalt system for kartlegging av pasienterfaringer som en del av et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem. HELTEF vil også gjøre en ny undersøkelse av dødelighet i sykehusene for utvalgte pasientgrupper, basert på kobling av pasientdata og Dødsårsaksregisteret. Eksisterende lovgivning vil imidlertid kunne være til hinder for at slike koblinger kan gjøres rutinemessig, og det er derfor vanskelig å benytte dødelighet som en løpende indikator i et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem.

Utviklingen av systemer som måler ulike aspekter ved kvalitet er et satsningsområdet, og innsatsen vil bli økt i 2001. Økningen vil dels være forskningsbasert for å utvikle faglig holdbare indikatorer for kvaliteten i sykehusene. Målet er at det skal utvikles flere kvalitetsindikatorer som både er faglig forsvarlige og relevante for pasienter og befolkningen for øvrig. I tillegg vil en også kunne inkludere flere pasientgrupper i de kliniske kvalitetsregistrene, både for å stimulere til fagutvikling og forskning, og for å bedre behandlingsresultater.

I forbindelse med utviklingen av styringsinformasjon for det regionale helseplanarbeidet (jf. kap. 730, post 66), ble det i 2000 publisert styringsinformasjon for somatiske sykehus på internett, hvor den enkelte kan tilpasse informasjonen etter egne behov. Styringsinformasjonen som samles inn og bearbeides av Norsk pasientregister og Norsk institutt for sykehusforskning ved SINTEF Unimed er dermed tilgjengelig for media, forskning, planlegging og administrasjon på en helt annen måte enn tidligere. I løpet av året vil Norsk pasientregister også legge ut informasjon om fritt sykehusvalg basert på den samme teknologien.

Norsk pasientregister har i 2000 utvidet driften, vesentlig for å kunne gi sykehus, fylkeskom-

muner og statlige myndigheter bedre service i forbindelse med Innsatsstyrt finansiering av sykehus (ISF). Dette innebærer at en relativt stor andel av utviklingsmidlene på denne posten benyttes til drift av styrings- og informasjonssystemer, både i forbindelse med ISF og den generelle styringen av de somatiske sykehusene i Norge.

Styring, organisasjon og ledelse

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 er fulgt opp ved at Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund sammen har etablert Forum for organisasjonsutvikling i sykehus. Det er igangsatt nærmere 50 utviklingsprosjekt. Flere av disse er avsluttet, og mange prosjekt er nå i en avslutningsfase. Det er laget en rapport som sammenstiller erfaringene og trekker opp retningslinjer for videre arbeid. I det videre arbeidet legges det vekt på innspill fra evalueringsrapporten fra SINTEF Unimed om at økonomiske mål må vektlegges sterkere.

Det vises til St.prp. nr. 67 (1998-99) der det orienteres om Forumets strategi og aktiviteter. Sentralt i strategien er at Forumet skal utvikle et nasjonalt utviklings- og læringsmiljø der sykehus kan inspirere og lære av hverandre. I fasen som arbeidet nå er inne i prioriterer Forumet å sammenstille kunnskap og erfaringer, både fra prosjekt der Forumet deltar og fra øvrige utviklingsprosjekter i norske sykehus. Det legges vekt på utvikle lokale nettverk mellom ulike miljøer.

Det vil skje en oppfølging av prosjektene som inngår i Forumets portefølje, men det vil i liten grad bli gitt økonomisk støtte til nye prosjekter. Departementet legger her vekt på at mange sykehuseiere og sykehus nå iverksetter utviklingsarbeid på dette området uavhengig av ekstern økonomisk støtte, og at det derfor bør legges vekt på å fange opp erfaringene fra dette brede utviklingsarbeidet.

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 avsluttede og pågående utbyggingsprosjekter, slik at informasjonen gjøres tilgjengelig for å kunne heve kompetansenivået innenfor planlegging av sykehus. I tilknytning til opprettelsen av en slik kunnskapsdatabase er det etablert et kompetansenettverk som skal bidra til å frambringe og formidle kunnskap som angår planlegging og bygging av sykehus. Prosjektet vil i løpet av 2001 bli evaluert/vurdert med sikte på å avklare om, og på hvilken måte, prosjektet skal videreføres.

Kompetanseutvikling innen ledelse og organisering

Det vil i 2001 avsettes midler til å jobbe med vitenskapelig kompetanseutvikling innen ledelse og organisering.

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, Innovest 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 skal evalueres i løpet av 2001.

Nasjonalt medisinsk museum

Ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (1999-2000) var sosialkomiteen positiv til departementets arbeid med å opprette et nasjonalt medisinsk museum i den gamle administrasjonsbygningen i Pilestredet Park. Statsbygg har etter dette utarbeidet et romprogram. Departementet vil arbeide videre med dette, der blant annet alternative kostnadsrammer vil bli vurdert. Satsingen på et nasjonalt medisinsk museum må også sees opp mot andre prioriterte oppgaver. Departementet vil komme

tilbake til videreføringen i revidert nasjonalbudsjett 2001. Nødvendige utgifter til dekning av lagring/registrering av gjenstander, samt leieutgifter til Statsbygg for bygningen, vil i 2001 bli dekket over kap. 739, post 21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren.

Post 50 Tilskudd til 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. Det foreslås bevilget i alt 25,6 mill. kroner. 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 politikkutformingen. Denne satsingen atskiller seg fra annen forskningsinnsats ved at det settes eksplisitte krav til at økonomer og medisinere skal samarbeide om forskningen, og at problemstillingene skal søkes rettet mot det som er relevant for beslutningstakere i helsesektoren. Det vises også til omtale av programmet under kap. 701, post 50.

Den helseøkonomiske satsingen berører også sentrale problemstillinger i sosialsektoren. Både innenfor pleie- og omsorgs- og sykehussektoren vil utprøving av nye organisatoriske løsninger innebære utfordringer med hensyn til å utforme kontrakter som ivaretar hovedmålene i helse- og sosialpolitikken. Det er derfor foreslått bevilget 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 forebyggingstiltak 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

Programsatsingen for pasientnær klinisk forskning har i hovedsak bestått i å bygge opp kompetansemiljøer ved regionsykehusene. Det er etablert sentra ved Regionsykehuset i Tromsø, ved Ullevål sykehus og ved NTNU i Trondheim.

Fra ny programperiode begynner i 2001 blir programmene for alternativ medisin og for kliniske pasientnær forskning slått sammen, jf. omtale under kap 701, post 50. Oppfølgingen av de to programmene vil ha følgende hovedtema i 2001:

- Industriuavhengig, kontrollert utprøving av behandlingstiltak og diagnostiske prosedyrer
- oppfølgingsstudier av pasienter, bl.a. via registre for å evaluere effekt av behandling
- utvikling av kompetansesentra for klinisk forskning ved universitetssykehusene
- effekt eller mangel på effekt av alternativ medisinsk behandling
- kompetansesenter for alternativ medisin

Post 60 Tilskudd til helsepersonellbemanning i luftambulansetjenesten

Staten gir tilskudd til fylkeskommunenes utgifter til helsepersonellbemanning i luftambulansetjenesten. Under folketrygdbudsjettet kap. 2750, post 72 bevilges midler til transportutgifter.

Formålet er å oppfylle statens ansvar i henhold til lov om spesialisthelsetjeneste § 2-2 om å sørge for at almennheten tilbys luftambulansetjeneste.

Det er forutsatt at de berørte fylkeskommuner (Akershus, Oppland, Buskerud, Aust-Agder, Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nordland, Troms, Finnmark og Østfold) organiserer bemanningen og er ansvarlige for gjennomføringen av helsedelen av virksomheten.

Tilskuddet gis på grunnlag av fastsatte utgiftsrammer for den enkelte base. Rikstrygdeverket har ansvar for nyanskaffelser og vedlikehold av utstyr, og tildeles derfor 2,5 mill. kroner av bevilgningen til dette formål.

Bevilgningen på 59 mill. kroner foreslås videreført for 2001.

Post 61 Tilskudd til driftsavtaler

Ved behandlingen av Ot.prp. nr. 47 for 1996-97, jf. Innst.O. nr. 87 for 1996-97, har Stortinget vedtatt lovendringer som innebærer at det ikke lenger ytes trygderefusjon for undersøkelse og behandling utført av privatpraktiserende helsepersonell uten driftsavtale med fylkeskommune eller kommune. Lovendringen trådte i kraft 1. juli 1998 og omfatter leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter. Lovendringen omfatter ikke kommunalt organisert legevakt og øyeblikkelig hjelp. Det er fastsatt overgangsregler som sikrer fortsatt trygderefusjon for yrkesutøvere som var over 62 år pr. 1. juli 1998, for allmennleger fram til innføring av fastlegeordningen på landsbasis og for psykologer og psykiatere i en overgangsperiode.

Det er 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. Tilskuddet dekker henholdsvis 80 pst. (for psykiatere, psykologer og fysioterapeuter) og 70 pst. (for andre legespesialister) av fylkeskommunenes og kommunenes utgifter til driftstilskudd i forbindelse med de nye avtalene. Det vil bli gitt øremerket tilskudd i fem år, deretter blir tilskuddet innlemmet i rammetilskuddene.

Samlet ble det inngått ca. 1 400 nye driftsavtaler i forbindelse med reformen, med et omfang på ca. 900 årsverk.

Det foreslås bevilget 202 mill. kroner for 2001.

Post 64 Tilskudd til RiT 2000

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 om utbygging av ny universitetsklinikk i Trondheim, RIT 2000, av 9.september 1999 (Revidert avtale), samt St.prp. nr. 61 (1999-2000) Omprioriteringer og tilleggsbevilgninger på statsbudsjettet for 2000.

Budsjettposten dekker Sosial- og helsedepartementets samlede tilskudd til Sør-Trøndelag fylkeskommune for det aktuelle budsjettår, i henhold til Revidert avtale, og kostnader i forbindelse med statlig oppfølging av utbyggingsprosjektet.

Tilstandsvurdering/status i planarbeidet og utbyggingen

I 1999 ble det gjennom Revidert avtale fastsatt reviderte rammer og forutsetninger for utbyggingen av den nye universitetsklinikken i Trondheim. Det er etablert en ny styringsstruktur, og fra 1.1.2000 ble prosjektet etablert som fylkeskommunalt foretak (RIT 2000 FKF).

Avtalen legger til grunn at hvert byggetrinn skal godkjennes både av byggherren - Sør-Trøndelag fylkeskommune og av staten.

Byggetrinn 0 ble formelt igangsatt i 1999 med tilhørende kostnadsramme, jf. St.prp nr. 1, Tillegg nr. 4 (1999-2000). I dette byggetrinnet inngår arealerverv, omlegging av infrastruktur, trafikk og parkering, utvidelse av stråleterapienhet, bygging av barnehage mv. Aktivitetene i byggetrinn 0 skal ferdigstilles i 2001. 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 kostnader ved utgangen av 1999 var henholdsvis 129,7 og 0,3 mill. kroner.

Når det gjelder status på byggetrinn 0 ble RiT-barnehagen ferdig i august 2000, og er tatt i bruk. Utvidelsen av stråleterapienheten ved kreftavdelingen ble ferdigstilt og tatt i bruk i mai 2000, og ombygging i eksisterende bygg skal ferdigstilles i desember 2000. Stråleterapiprosjektet ligger an til en kostnadsoverskridelse, og fylkeskommunen har opplyst at denne overskridelsen kan dekkes innenfor kostnadsrammen for byggetrinnet. Parkeringskjelleren skal være ferdig i oktober 2000, og infrastrukturelle tiltak som teleanlegg, vann- og avløp, veier osv er under arbeid i henhold til planer.

Samlet ressursbruk for plan- og utbyggingsarbeidet knyttet til RIT 2000 var ved utgangen av 1999 284 mill. kroner. Av dette utgjør FoU-kostnader 11,7 mill. kroner. Per utgangen av 1999 har Sosial- og helsedepartementet utbetalt 45,9 millioner knyttet til bygg- og anleggsutgifter og utstyr, og 6, 1 mill. kroner til FoU. I tillegg har departementet i hht avtale utbetalt ulempestilskudd til fylkeskommunen som for perioden 1997-1999 utgjør 78 millioner kroner.

Fylkestinget i Sør-Trøndelag behandlet utbyggingssaken i forbindelse med byggetrinn 1 i møte

den 20. juni 2000. Fylkestingets vedtak innebærer en kostnadsramme på 1,444 mill. kroner, som er 168 mill. kroner høyere enn kostnadsoverslaget for byggetrinnet som avtalen er basert på. Fylkestinget fattet vedtak om at byggetrinn 1 må gjennomføres med de forutsetninger som er lagt til grunn i Utviklingsplan RIT 2000 av mai 1997. Sør-Trøndelag fylkeskommune har også varslet at det må påregnes merutgifter i forhold til avtalens kostnadsoverslag, også for de etterfølgende byggetrinnene. Det har også blitt gjennomført ekstern kvalitetssikring av fremlagte byggetrinn 1 som også konkluderer med overskridelser i forhold til opprinnelige planer. Det tas med følgende informasjon fra saksframlegget til fylkestinget;

"Styret i RIT 2000 FKF har også behandlet skisseprosjektene for Kvinne-barnsenteret og Laboratoriesenteret. Disse skisseprosjektene viser at det heller ikke for disse sentra vil være mulig å bygge med de forutsatte kvaliteter og funksjonaliteter innenfor de kostnadskalkylene som er lagt til grunn i avtalen med staten. Problemet for Kvinne-barnsenteret synes å være i samme størrelsesorden som for Nevrosenteret mens det kan være noe mindre for Laboratoriesenteret. Eksakte sammenligninger er ikke mulig å gjøre før man har forprosjekt også for disse sentrene. Styret ser den generelle situasjonen ved de lave kostnadsoverslagene som er lagt inn i avtalen med staten som så vesentlige for videreføringen av prosjektet, at styret finner det riktig å informere fylkestinget".

Fylkestinget ber om at det opptas forhandlinger med staten om dekning av de merkostnader som fremkommer av RIT 2000 FKF-styrets anbefaling til kostnadsramme for byggetrinn 1. I drøftingene må det legges til grunn at det må finnes løsninger som tar høyde for kostnadsvekst for de gjenstående byggetrinn.

Fylkestingets vedtak er formidlet fra Sør-Trøndelag fylkeskommune til Sosial- og helsedepartementet i brev av 21.6.2000. Sosial- og helsedepartementet har hatt flere møter med Sør-Trøndelag fylkeskommune der den oppståtte situasjonen er blitt drøftet.

Sosial- og helsedepartementet viser til at det nå foreligger forprosjekt for størstedelen av byggetrinn 1, og at man da for første gang har et mer konkret grunnlag for å vurdere utbyggingsprosjektets kostnader. Departementet mener at den oppståtte situasjonen, og med bakgrunn i det betydelige statlige finansielle ansvaret som er knyttet til prosjektet, tilsier at det bør foretas en fullstendig gjennomgang av prosjektet før igangsettingsforslag for byggetrinn 1 fremmes for Stortinget. Departementet gjennomfører selv gjennomgangen av byggeprosjektet, men har styrket prosjektkompetansen i departementet. Det vil bli holdt kontakt med Sør-Trøndelag fylkeskommune og RIT 2000 FKF under gjennomgangen.

Formålet med gjennomgangen er å få en best mulig oversikt over prosjektets kostnader inklusiv den driftssituasjon som vil inntre når prosjektet er avsluttet. Ut fra materialet som framkommer må det også vurderes om det er nødvendig med tilpasninger eller endringer i prosjektet. Målet er at gjennomgangen kan gjøres innenfor slike frister at byggetrinn 1 kan starte som forutsatt. Departementet tar sikte på å legge saken fram for Stortinget i høst.

Bevilgningsforslag for 2001

Bevilgning for 2000 var 100,3 mill. kroner, herav 32 mill. kroner i ulempetilskudd.

For 2001 foreslås det bevilget i alt 125,9 mill. kroner på denne posten. Det understrekes at dette forslaget har utgangspunkt i den inngåtte avtalen og at det ikke er foretatt endringer når det gjelder byggetrinn 1 ut fra ny informasjon om kostnadssituasjon. Det vises også til at bevilgningsforslaget for 2001 er basert på budsjett for utbyggingen fra byggherren av mars 2000. Etter at dette budsjettet ble laget, har det blitt kjent at igangsetting av byggetrinn 1 tidligst kan finne sted vinteren 2001, og ikke høsten 2000 som planlagt. De bevilgningsmessige konsekvensene av dette for 2001 er ikke klarlagt. Det må holdes åpent for at gjennomgangen som nå foretas og som vil bli lagt frem for Stortinget høsten 2000, kan medføre endringer i dette bevilgningsforslaget.

Byggetrinn 2 er opprinnelig forutsatt igangsatt oktober 2001. I bevilgningsforslaget er det lagt inn planleggingsmidler til byggetrinn 2, men ikke midler til oppstart av byggetrinnet. Dersom det skulle ligge til rette for oppstart på det opprinnelig planlagte tidspunktet, vil departementet komme tilbake med forslag om de nødvendige startmidler.

Den foreslåtte bevilgningen er således sammensatt av midler til videreføring av byggetrinn 0, til igangsetting av byggetrinn 1, planlegging av byggetrinn 2, samt den statlige oppfølgingen ifm. prosjektet.

Departementet har opprettet to nye stillinger for å kunne følge opp RIT 2000-prosjektet, som vil

dekkes innenfor statens budsjettrammer til prosjektet.

Universitetsdelen av prosjektet finansieres over Kirke-, utdannings-, og forskningsdepartementets budsjett (kap 281, post 60). For 2001 foreslås det 111,05 mill. kroner til dette formål.

Merknader til budsjettforslaget for 2001

Budsjettforslaget er utarbeidet i hht. Revidert avtale av 9. september 1999, samt budsjettunderlag utarbeidet av fylkeskommunen. Det vises til den omtale som er gitt vedrørende forsinkelser og usikkerhet knyttet til tidspunkt for oppstart av byggetrinn 1. Det tas derfor forbehold om budsjettendringer i det framlegg til Stortinget som vil komme etter at den beskrevne gjennomgangen av prosjektet er avsluttet.

Post 65 Kreftbehandling m.m.

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 at diagnosen er fastsatt.

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. Budsjett-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 1999 over status i forhold til målene for handlingsplanen.

I behandlingen av St.prp. nr. 61 (1997-98) Nasjonal kreftplan, jf. Budsjett-innst. S. nr. 226 (1997-98), ba Stortinget departementet om å følge opp planen gjennom et eget prosjektsekretariat. Det er nedsatt en egen styringsgruppe i departementet for å følge opp Nasjonal kreftplan med egen utredningskapasitet. Det er videre etablert en faglig rådgivningsgruppe med representanter fra samtlige helseregioner som skal bistå departementet i arbeidet med oppfølgingen av Nasjonal kreftplan.

Status

Samlet skal det brukes 2,050 mrd. kroner for å oppfylle den vedtatte kreftplanen. Av disse er 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. Strålemaskiner og bunkerser dekkes 100 pst. av staten. Bygningsmessige investeringer omfattes av kapitalrefusjonsordningen, som innebærer at staten dekker 37,5 pst. av investeringskostnadene over en 40-års periode. Dette beløpet er anslått til om lag 210 mill. kroner eksklusiv renter som skal fordeles over 40 år. Dette vil kun utgjøre et mindre beløp på statsbudsjettet hvert år. Eksklusiv kapitalrefusjon utgjør den statlige delen av opptrappingsplanen 1 mrd. kroner til investeringer og 480 mill. kroner til drift i planperioden.

For 1999 og 2000 er det samlet bevilget 420 mill. kroner til kreftplanen. I 2001 foreslås det bevilget 325 mill. kroner, fordelt på de ulike kapitler og poster. Det gjenstår da 735 mill. kroner i statlige bevilgninger fordelt på de 2 siste årene i handlingsplanen, dvs. om lag 368 mill. kroner per år, eksklusiv kapitalrefusjon.

Departementet har lagt opp til en gradvis opptrapping av handlingsplanen i tråd med de fylkeskommunale planer. I de fylkene der det skal etableres satellittavdelinger for stråleterapi ved sentralsykehusene, 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.

Resultatrapport 1999

Utdanningskapasiteten for radiografer ble økt med 20 studieplasser i Oslo, Bergen og Tromsø. Tilbudet om mammografiscreening ble utvidet fra 9 til 13 fylker i 1999.

Tabell 13.28Måltall mammografi, strålemaskiner og økning studieplasser radiografi

Tiltak	Resultat 1999	Måltall 2000	Måltall 2001	Måltall 2003
Mammografi (ant fylker)	13	16	19	19
Strålemaskiner (ant maskiner)	22	26	28	36
Radiografer (økn i ant studiepl)	40	80	120	160

I tillegg er det i 1999 gitt midler til oppbygging av kompetansesentra innen lindrende behandling, arvelig kreft og genterapi ved regionsykehusene.

Prosjekt om evaluering av behov for oppsøkende genetisk virksomhet

Det Norske Radiumhospital 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. Det er lagt opp til en prosjektperiode på 2 år. Det ble videreført midler for 2000 til dette prosjektet.

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 levesett kan forebygge ca. 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.

Budsjettforslag 2001

Forebygging

Når det gjelder midler til forebygging, vises det til tekst under kap. 713 Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, 714 Statens tobakkskaderåd og kap. 581, post 71 Husbanken.

Tidligdiagnostikk/screeningundersøkelser

Mammografiscreening

Brystkreft er den hyppigste kreftformen hos kvinner og den viktigste årsaken til tapte leveår hos kvinner opptil 65 år. I 2000 ble mammografiscreeningprosjektet utvidet fra 13 til 16 fylker, jf. kap. 739, post 66. I løpet av handlingsplanperioden skal mammografiscreeningprosjektet utvides til å bli et landsdekkende tilbud til kvinner i alderen 50 – 69 år. Utvidelsen skal skje så raskt personellsituasjonen tillater. Bevilgningen foreslås økt med 38,4 mill. kroner til oppstart av arbeidet med mammografiscreening i de tre gjenværende fylkene i 2001. Det vises til nærmere omtale under kap. 739, post 66.

Tilskudd til forebygging av tykktarmskreft

Det ble i budsjettet for 1999 lagt inn 5 mill. kroner til oppstart av en plan for forebygging av tykktarmskreft (colo-rectal kreft) i to prøvefylker. Hensikten med prosjektet er å avklare verdien av masseundersøkelser (screening) med sikte på redusert dødelighet. 1998 var et planleggingsår, mens selve screeningen startet i januar 1999. Screeningen var opprinnelig planlagt i perioden 1999–2000. Departementet foreslår at prosjektplanen forlenges med ett år, t.o.m. 2001. Det vil da være mulig 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 vil bli gjennomført i Telemark og Oslo. Det foreslås en

videreføring av bevilgningen til dette prosjektet i 2001 på 2,5 mill. kroner.

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. For 2001 foreslås det satt av midler til etablering av et register som grunnlag for forskning, 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 og 20 mill. kroner i 2000 til opprettelse av kompetansesentre for arvelig kreft ved alle landets regionsykehus. Det foreslås en økning i bevilgningen på ca. 5 mill. kroner fra 2000 til videre oppbygging og drift av disse kompetansesentrene i 2001. Det vil da totalt være bevilget om lag 50 mill. kroner til arvelig kreft. Det gjenstår da en bevilgning på ca. 50 mill. kroner de resterende to år 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 kjønnsceller 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 kjønnsceller.

Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) har i 2000 avgitt en rapport om genterapi, SMM-rapport 1/2000. Rapporten viser at genterapi bare er i utprøvingsfasen 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 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 20 mill. kroner for å styrke kompetansen innen genterapi ved regionsykehusene i 2000. Departementet går inn for fortsatt oppbygging av miljøene ved 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 økning i bevilgningen på ca. 3 mill. kroner for 2001. Det gjenstår da en bevilgning på om lag 47 mill. kroner de resterende to år til videre oppbygging av kompetansen innen dette feltet.

Økt strålebehandlingskapasitet

Strålebehandling er sentral i spesifikk kreftbehandling. Slik behandling har helbredende virkning i tidlig stadier ved mange kreftformer og kan redusere størrelsen på det kirurgiske inngrepet. Hos pasienter med symptomgivende, langtkommende og uhelbredelig kreftform, vil mellom 40 og 95 pst. av de som tilbys palliativ strålebehandling oppnå god lindring.

Liten kapasitet for stråleterapi i Norge i dag har i særlig grad rammet pasienter med behov for lindrende behandling. En forventet økning i kreftforekomsten gjør det nødvendig å yte ekstra midler til innkjøp av utstyr og toskifts bemanning for å øke kapasiteten.

Som et ledd i Nasjonal kreftplan er det vedtatt en utvidelse fra dagens 22 strålemaskiner til 36 strålemaskiner i løpet av handlingsplanperioden 1999-2003. Dette skal skje både gjennom en utvidelse av kapasiteten ved regionsykehusene,

men også gjennom etablering av satellittenheter ved sentralsykehusene. Satellittenhetene vil faglig være underlagt en regionsykehusavdeling. Det legges til grunn en jevn utbyggingsprofil som tilsier etablering av 3 nye maskiner per år i handlingsplanperioden. Det legges til grunn 100 pst. statlig finansiering av selve strålemaskinene og bunkersene. Øvrige bygningsmessige investeringer refunderes etter ordinær sats gjennom kapitalrefusjonsordningen.

Det ble i 2000 bevilget midler til satelittenhetene i Vest-Agder, Møre og Romsdal og Opp-land. I tillegg er det bevilget midler til innkjøp av ny maskin ved Regionsykehuset i Tromsø. Det foreslås bevilget midler til videre utbygging av stråleterapien med minimum 2 maskiner i 2001. Samlet for 2000 og 2001 vil det da være 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.

Tabell 13.29Tidsplanene for oppstart av nye maskiner fordelt på sykehusene etter de planer som foreligger høsten 2000

Sykehus	1999	2000	2001	2002	2003	Sum 2003[1)]
Regionsykehuset i Tromsø (RiTø)	2	1			1	4
Regionsykehuset i Trondheim (RiT)	3	1				4
Sentralsjukehuset i Ålesund					2	2
Haukeland sykehus	5					5 (6)
Sentralsjukehuset i Rogaland (SiR)		2				2
Radiumhospitalet (DNR)	9				1	10 (11)
Vest-Agder sentralsykehus			2			2
Ullevål sykehus	3			2	(1)	5 (6)
Oppland sentralsykehus, avd. Gjøvik				2		2
Sum alle sykehus	22					36 (39)

1) Tallene i parentes viser hvor mange strålemaskiner det er signalisert et behov for, men som er utenfor vedtatt budsjettramme for kreftplanen og rammen for antall strålemaskiner. (Jf. omtale i teksten nedenfor)

I tiden som har gått etter Stortingets behandling av kreftplanen, har indikasjonene for strålebehandling økt. Utbygging av mammografiscreening og brystbevarende kirurgisk kreftbehandling er eksempler på dette. Planene fra helseregionene har da også i ettertid vist et samlet behov på flere maskiner enn den vedtatte rammen på 36 maskiner. Det tas sikte på fullfinansiering av en tredje strålemaskin og en tredje bunkers ved Ullevål sykehus innen utgangen av 2003. Videre er det behov for en andre maskin ved Radiumhospitalet i løpet av planperioden. I tillegg til dette er departementet kjent med at det fra Helseregion 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, 3 maskiner mer enn den vedtatte rammen på 36 maskiner, jf. fordelingen av disse i tabellens høyre kolonne (i parentes). Departementet vil komme tilbake til oppfølging av dette i senere budsjettproposisjoner.

Lindrende behandling - livshjelp

Et velfungerende samarbeid mellom primærhelsetjeneste og sykehus er en faglig forutsetning for god lindrende behandling. Det er derfor viktig å etablere kompetansemiljøer på dette området. Spredning av kompetanse kan for eksempel gjennomføres ved at regionsykehusene tilbyr sykehusene i regionen besøk/bistand av spesialister (leger/sykepleiere) for kortere eller lengre tid. Organiseringen av denne virksomheten forutsettes ivaretatt i de regionale kreftplanene.

Det er i Nasjonal kreftplan vedtatt å etablere kompetansesentre for lindrende behandling ved alle landets regionsykehus. Det ble bevilget 20 mill. kroner til oppbygging av kompetanse innen lindrende behandling ved alle regionsykehusene i 1999. Det foreslås en bevilgning på ca. 8 mill. kroner for 2001 til videre drift. Totalt vil det da være bevilget ca. 33 mill. kroner til dette formålet. Det gjenstår da en bevilgning på om lag 17 mill. kroner de to siste årene i kreftplanen for å nå målset-

tingen 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.

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 videreføres i 2001. 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 bevilget 1,5 mill. kroner 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 foreslås videreført i 2001.

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.

Helsepersonell

Til tross for en jevn økning de senere årene i antallet utførte årsverk blant leger og sykepleiere ved de somatiske sykehusene, er det fortsatt mangel på viktige grupper helsepersonell. Innenfor kreftbehandlingen er mangelen på nøkkelpersonell særlig knyttet til legespesialister, radiografer og stråleterapeuter. Spesiell satsing på dette er derfor en forutsetning for å få iverksatt en nasjonal kreftplan. Det vises til departementets handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001.

Legespesialister

Det ble bevilget 1,5 mill. kroner til etablering av et stimuleringstilskudd for utdanningsstillinger innenfor fagområdene patologi, onkologi og radiologi i 2000. Denne tilskuddsordningen foreslås videreført i 2001.

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 søknad på studiet. Studiekapasiteten for radiografer ble økt med 20 plasser allerede fra 1998. Ytterligere 20 nye plasser ble etablert i 1999. Fra høsten 2000 økes antall studieplasser ved Høgskolen i Sør-Trøndelag med 20 plasser, og det vil bli 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. Det foreslås en omdisponering innenfor kap. 739, post 65 til etablering av utdanningen i Gjøvik i 2000. Midlene vil bli overført til Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.

Stråleterapeuter

Antall studieplasser for stråleterapeuter planlegges økt til ca. 40 studenter fra høsten 2000. 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 videreutdanning i stråleterapi. Det vises til nærmere omtale under kap. 705, post 62.

I St.prp. nr. 61 (1997-98) Nasjonal kreftplan ble det foreslått en omorganisering av radiograf- og stråleterapiutdanningen med ett-årig videreutdanning i stråleterapi til to separate tre-årige utdanninger, men med muligheten for radiografer til å videreutdanne seg i stråleterapi og omvendt, ved hjelp av en ett-årig videreutdanning. En utredning fra Norgesnettrådet har foreslått en alternativ modell for stråleterapiutdanningen i forhold til forslaget i Kreftplanen. I utredningen, som har fått bred støtte gjennom høringsrunden, foreslås det at man beholder den felles grunnutdanningen for radiografer og stråleterapeuter, men at videreutdanningen i stråleterapi modulbaseres og føres inn i høyskolesystemet som oppdragsundervisning. Det er antatt at man med dette vil gjøre tilleggsutdannelsen mer attraktiv. En slik modell vil kunne starte opp i 2001.

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. Når evalueringen av prosjektet er gjennomført, vil departementet ta standpunkt til de forhold som berører en evt. videreføring av tiltaket.

Kreftforskning

Forskningsinnsatsen på kreftsykdommer må spenne vidt og inkludere både grunnforskning, klinisk forskning, epidemiologisk forskning og forskning om hvilke forebyggingstiltak 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. Bevilgningen til kreftforskning foreslås økt med 10 mill. kroner til 24 mill. kroner i 2001.

Nasjonalt screeningsenter for kreft

Å øke mulighetene for bedre helbredelse ved tidlig diagnose er èn 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 som har utarbeidet en rapport om nasjonalt screeningsenter for kreft, har foreslått følgende hovedfunksjoner:

- å gi råd til sentrale helsemyndigheter om innføring av nye screeningprogrammer for kreft i Norge
- å utforme kvalitetskrav til helseregionene og fylkeskommunene for vedtatte screeningprogrammer, gi råd om innføringen og ha ansvar for den løpende kvalitetskontroll av programmene
- å ha det operative ansvar for den praktiske gjennomføring av all logistikk rundt screeningprogrammene
- å beregne effekten av pågående screeningprogrammer, målt i helsegevinst, helsetap og samfunnsøkonomiske kostnader

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.

Det foreslås en økning i bevilgningen til kreftplanen på 40 mill. kroner samlet på alle de aktuelle kapitler og poster på kreftplanen for 2001. Det vil da være bevilget totalt 745 mill. kroner til kreftplanen de første 3 årene av handlingsplanen. Det gjenstår da en bevilgning på 735 mill. kroner de to siste årene av handlingsplanperioden for å kunne nå målsettingen om en samlet statlig bevilgning til investeringer og drift på 1480 mill. kroner i løpet av hele femårsperioden, dvs. en årlig bevilgning på omlag 368 mill. kroner.

Det foreslås bevilget 216,8 mill. kroner til gjennomføringen av kreftplanen i 2001 under kap. 739, post 65.

Post 66 Mammografiscreening

Sosial- og helsedepartementet startet i 1994 opp et prøveprosjekt med masseundersøkelser for brystkreft ved mammografi for kvinner i aldersgruppen 50-69 år. Det ble oppnevnt en styringsgruppe for prosjektet, og prosjektledelsen ble lagt til Kreftregisteret. Hovedmålene for prøveprosjektet var å finne fram til arbeidsmåter som kan forventes å redusere dødligheten av brystkreft med 30 pst. blant de inviterte, samt å utprøve de organisatoriske, økonomiske og faglige sider ved brystkreftscreening. En reduksjon i dødelighet kan tidligst forventes om 5-7 år. Første screeningrunde av prøveprosjektet ble avsluttet i 1997 og det foreligger en evaluering av denne delen av prosjektet. Evalueringsrapporten viser at resultatene samsvarer med prosjektets kvalitetsmanual, og at det derfor er grunn til å tro at målsettingen om å redusere brystkreftdødeligheten blant de inviterte kvinnene med 30 prosent vil bli oppnådd. Evaluering av andre screeningrunde vil foreligge i løpet av høsten 2000.

I 1998 startet utvidelsen av mammografiscreeningen med fem nye fylker, og i 1999 og 2000 fikk sju nye fylker midler til planlegging/oppstart. I 2001 tar man sikte på at de tre siste fylkene skal få midler til planlegging/oppstart av mammografiscreening.

Mammografiscreening er nå en del av Nasjonal kreftplan med et eget øremerket tilskudd i handlingsplanperioden 1999-2003. Det er nedsatt en egen styringsgruppe i departementet for å følge opp Nasjonal kreftplan, herunder oppbyggingen av mammografiscreening. Den tidligere styringsgruppen for prøveprosjektet fungerer nå som faglig rådgivningsgruppe for departementet i dette arbeidet.

Stortingets vedtak om et samarbeid mellom fylkeskommunene og de private røntgeninstituttene, jf. Budsjett-innst. S. nr. 226 (1998-99), er fulgt opp gjennom et eget skriv til fylkeskommunene i 1999, og videre med et brev i 2000 der det presiseres overfor fylkeskommunene at de bør sørge for å utnytte den kapasiteten som finnes for å nå målene, gitt at dette er en økonomisk fornuftig løsning. Departementet legger til grunn at fylkeskommunene i den videre oppbyggingen av mammografiscreening skal følge de samme krav til kvalitet som for prøveprosjektet, og at dette også gjelder der fylkeskommunene inngår et samarbeid med private røntgeninstitutt. Departementet foretar godkjenning av fylkeskommunale planer for utbygging av mammografiscreening, herunder bruk av private røntgeninstitutt.

Formål og hovedprioriteringer

Hovedmål for prøveprosjektet er:

- å kunne tilby mammografiscreening til alle landets kvinner i aldersgruppen 50-69 år
- å oppnå en redusert dødelighet på 30 prosent som følge av brystkreft blant kvinner i aldersgruppen 50-69 år

Resultatrapport 1999

Masseundersøkelsen ble fullført for første treårsperiode i desember 1997. Evalueringen av første screeningrunde forelå i juni 1999. Totalt ble det i første screeningrunde invitert i underkant av 160 000 kvinner. I overkant av 127 000 kvinner har møtt til undersøkelsen i første screeningrunde, noe som utgjør 79,5 prosent av de inviterte. Dette er i tråd med målsettingen om 80 prosent oppmøte.(Oppmøtet varierte fra 68 til 88 prosent per screeningsenhet). Det er lagt opp til en løpende vurdering av bl.a. kostnader og kvalitet på radiologiske og kliniske data og informasjonsopplegg rettet mot kvinnene.

I 1999 var 13 fylker i gang med, eller hadde startet planlegging av, mammografiscreening. Følgende fylker er i gang med screening: Rogaland (1996), Oslo, Hordaland og Akershus (1996). Det har vært 80 pst. fremmøte. Det er funnet noen flere krefttilfeller enn forventet. Svulstene er små og viser liten tendens til spredning. Resultatene er blant de beste i verden og vil sannsynligvis på sikt

føre til en markert reduksjon av dødelighet av brystkreft.

I Telemark som startet mammografiscreening i 1999, har det vært 80 pst. fremmøte. I Agderfylkene som startet i 1999, har det vært fremmøte på 68 pst., mens i Troms og Finnmark som startet i mai 2000 har det vært 80 pst. fremmøte.

Fylker som har fått tildelt midler og er i planleggingsfasen er: Buskerud, Trøndelagsfylkene, Nordland (1999), Møre og Romsdal, Oppland, Østfold og Nordland (2000).

Tilstandsvurdering

Brystkreft er den klart hyppigste kreftformen blant kvinner i den vestlige verden. I Norge rammes over 2 000 kvinner av sykdommen hvert år. Brystkreft utgjør omlag 23 pst. av alle nye krefttilfeller hos kvinner. Årlig dør omlag 750 norske kvinner av sykdommen. Brystkreft er den viktigste årsaken til tapte leveår hos kvinner under 65 år, og rangerer foran både hjerte-karsykdommer og ulykker for denne aldersgruppen. Vel 20 000 kvinner lever i dag med diagnosen brystkreft, og de fleste av disse er opererte. De foreløpige tallene viser at det vil være mulig å oppnå målsettingen om en redusert dødelighet i den aktuelle aldersgruppen på 30 prosent som følge av systematisk screening av god kvalitet.

Kreftplanen skal gjennomføres i en tid da man er i ferd med å ta i bruk digital teknologi i mammografiscreeningen. Det er nedsatt en nasjonal rådgivningsgruppe som skal vurdere forhold rundt innføring av digital teknologi i mammografiscreening i Norge.

Digital teknologi vil føre til at tradisjonelle røntgenbilder forsvinner og tyding vil foregå på PC skjerm. Fordelene i et langstrakt land som Norge er mulighetene for elektronisk billedoverføring. Andre fordeler kan være vanlig radiologisk tyding kombinert med automatiserte tydesystemer.

Et prøveprosjekt med bruk av digital mammografi på Ullevål sykehus vil bli avsluttet i juni 2000. Basert på resultatene av dette prosjektet og andre avveininger, vil det være aktuelt å ta i bruk digital teknologi i de fylkeskommuner som ennå ikke har foretatt investeringer i utstyr. Prosjektledelsen ved mammografiundersøkelsen har opprettet en egen arbeidsgruppe for å følge opp spørsmål knyttet til innføring av digital mammografi.

På bakgrunn av at det er flere forhold rundt screeningen for aldersgruppen 40-49 år som er uavklart, planlegges det på europeisk hold et begrenset studie av tidlige indikatorer av screening i denne aldersgruppen; "Euotrial". Studiet gjøres i regi av UICC i Geneve og er tenkt gjennomført i Italia, Nederland, Norge og Sverige. Søknad om økonomisk støtte ligger til behandling i EU, Kreftregisteret vil vurdere hvordan Norge skal delta i denne studien.

Satsingsområder og resultatmål for 2001

Det forutsettes at prøveprosjektet følger planlagt progresjon i 2001. Det er et mål både for prøveprosjektet og den landsomfattende screeningen 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.

Det foreslås å øke bevilgningen med 38,4 mill. kroner fra 2000 til 2001. Økningen vil gå til planlegging i tre nye fylker, oppgradering til full drift i tre fylker og til innkjøp av digitalt utstyr i seks fylker som ennå ikke har foretatt utstyrsinvesteringer. Det vises ellers til den samlede omtalen av Nasjonal kreftplan under kap. 739, post 65 Kreftbehandling m.m.

Det foreslås bevilget 99,6 mill. kroner til mammografiscreening i 2001. Det er overført 10,7 mill. kroner til de statlige etatenes arbeid med mammografiscreening. Fra 2001 gis bevilgningen over etatenes egne kapitler, hhv. kap. 712, post 01 Statens helseundersøkelser, kap. 715, post 01 Statens strålevern og kap. 716, post 01 Kreftregisteret.

Post 70 Behandlingsreiser til utlandet (jf. Kap. 3739)

Fra 2001 foreslås posten flyttet til kap. 731, post 50, Rikshospitalet.

Post 71 Tilskudd til Norsk Pasientforening m.fl.

Det foreslås 3,35 mill. kroner i tilskudd til Norsk Pasientforening til drift av foreningens kontor for pasienthjelp.

Det foreslås 1,076 mill. kroner i tilskudd til Landsforeningen til støtte for krybbedøds virksomhet.

Post 72 Tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning

Norsk Pasientskadeerstatning er en midlertidig avtale mellom staten og landets fylkeskommuner om å yte erstatning ved pasientskade av fysisk art

i somatiske sykehus etter nærmere fastsatte regler. Avtalen trådte i kraft 1. januar 1988.

Avtalen er gjort midlertidig i påvente av en lovbestemt ordning. Lovforslag ble fremmet av Justisdepartementet rett før jul 1998.

Den midlertidige ordningen er fra 1. juli 1992 utvidet til også å omfatte psykiatriske sykehus/ poliklinikker og kommunelegetjenesten (fast ansatte leger, leger med kommunal driftsavtale, leger i kommunal legevakt og deres medhjelpere).

Norsk Pasientskadeerstatning finansieres gjennom en fulldekningsordning basert på årlige innbetalinger fra fylkeskommunene og staten.

Statens helsetilsyn administrerer utbetalingene til Kommunal Landspensjonskasse vedrørende statens andel for de statlige sykehusene. For å slippe å inngå avtaler med samtlige kommuner for perioden fram til den nye loven trer i kraft, er utgiftene ved den kommunale ordningen fra og med 1993 dekket direkte fra staten.

Statens samlede utgifter til pasientskadeerstatningen anslås for 2000 til ca. 39,1 mill. kroner.

Post 74 Reiseutgifter turnuskandidater

Staten refunderer reise- og flytteutgifter ved tiltredelse etter statens regulativ. Det ble bevilget 6,4 mill. kroner til formålet i 1999. Det ble dekket reise- og flytteutgifter for medisinske kandidater (4,2 mill. kroner), fysioterapikandidater (0,6 mill. kroner) og jordmorkandidater (0,1 mill. kroner), samt kurs for medisinske kandidater og fysioterapikandidater (1,8 mill. kroner).

I årene som kommer vil det være en betydelig økning i antall turnuskandidater. Dette henger sammen med en økning i antall uteksaminerte medisinske kandidater fra norske universiteter, flere medisinske kandidater fra utenlandske universiteter, samt en økning i antall fysioterapikandidater. Det ble bevilget 8,6 mill. kroner i. 2000. Bevilgningen foreslås videreført for 2001.

Kap 3739 Behandlingsreiser til utlandet (jf. kap. 739)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Vedtatt budsjett 2000	Forslag 2001
02	Egenandeler	5 420	6 150	
03	Diverse inntekter	3 998	3 600	
	Sum kap 3739	9 418	9 750	

Post 02 Egenandeler

Posten avvikles fra 2001 (Jf. overføring til kap. 731, post 50).

Post 03 Diverse inntekter

Posten avvikles fra 2001 (Jf. overføring til kap. 731, post 50).

Programkategori 10.40 Psykisk helse

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på kapitler:

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001	Pst. endr. 00/01
0740	Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (jf. kap. 3740)	18 190			
0742	Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter	19 308	20 930	24 300	16,1
0743	Statlige stimuleringstiltak for psykisk helsevern	1 404 411	1 750 200	2 038 600	16,5
	Sum kategori 10.40	1 441 909	1 771 130	2 062 900	16,5

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på postgrupper:

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001	Pst. endr. 00/01
01-23	Statens egne driftsutgifter	49 180	41 180	45 100	9,5
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	1 244 471	1 557 000	1 814 500	16,5
70-89	Andre overføringer	148 258	172 950	203 300	17,5
	Sum kategori 10.40	1 441 909	1 771 130	2 062 900	16,5

Under denne programkategorien har man samlet de spesielle statlige stimuleringstiltakene for tjenester til mennesker med psykiske lidelser som følger av St.prp. nr. 63 (1997-98) Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006, og Budsjettinnst. S. nr. 222 (1997-98). Regjeringen legger til grunn at styrkingen av psykisk helse gjennomføres i tråd med opptrappingsplanen og Stortingets intensjoner. Kommunenes og fylkeskommunenes utgifter til tjenester for mennesker med psykiske lidelser er hovedsakelig forutsatt dekket av rammetilskuddet. Midler til Norges Forskningsråds programmer om psykisk helse er oppført under kap. 701, post 50. For mer generelt virkende tiltak som også har betydning for denne målgruppen vises til henholdsvis programkategori 09.50 Sosialtjenesten, 09.70 Eldre og funksjonshemmede, 10.00 Helsetilsyn m.m. (fengselshelsetjenesten), 10.10 Kommunehelsetjeneste og folkehelsearbeid, 10.20 Medisinsk attføring og 10.30 Somatiske spesialisttjenester (bl.a. poliklinikkrefusjon, tilskudd til regionsykehus, refusjon av kapitalutgifter, helseregionalt samarbeid). Videre er bevilgningene til kommunale botiltak og rammetilskudd til fylkeskommunene over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett styrket som følge av Opptrappingsplan for psykisk helse. Det er dessuten ført opp forslag om 39 mill. kroner over Arbeid- og administrasjonsdepartementets budsjett til styrking av Arbeidsmarkedsetatens arbeid for mennesker med psykiske lidelser.

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 opptrapping-

splanen 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 nøye i forhold til den planlagte utbyggingen av tjenestene sett på bakgrunn av forventet tilgang på de ulike personellgrupper som er aktuelle ved gjennomføringen av planen. I lys av personellsituasjonen ble det i St.prp. nr. 63 (1997-98) lagt til grunn en noe sterkere opptrapping mot slutten enn i starten av planperioden.

Tabellen viser de samlede kostnadene knyttet til gjennomføringen av opptrappingsplanen for årene 1999 til 2006.

Tabell 13.30Opptrappingsplan for psykisk helse. Økte utgifter til drift og investeringer for planperioden 1999-2006. Mill. kroner. (1998 kroner). (Investeringskostnadene ført etter kontantprinsippet)

Tiltak	Driftsutgifter Økning fra 1998 til 2006	Investeringer 1999-2006
Brukerrettede tiltak	25	0
Kommunale tjenester voksne	1 650	2 516
Kommunale tjenester barn	450	0
Fylkeskommunale tjenester voksne	1 191	2 556
Fylkeskommunale tjenester barn og unge	636	881
Tilbud til særlig farlige og vanskelige sinnslidende m.v.	216	346
Grupper med særlige behov	36	0
Tilbud til samisktalende	20	0
Statlige sysselsettingstiltak	186	0
Utdanning/rekruttering av personell, forskning m.v.	161	0
Spesielle driftsutgifter	4	0
Sum	4 575	6 299

Gjennomsnittlig årlig økning for de gjenstående årene av planperioden (2001-2006) vil være omlag 756 mill. kroner (2000-kroner).

Kap. 0740 Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (jf. kap. 3740)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	10 590		
60	Tilskudd til Oslo kommune, *kan nyttes under post 70*	7 600		
	Sum kap 0740	18 190		

Overført fra 1999 til 2000:
Post 01: 828 000 kroner

Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri ble overført til Oslo Kommune 1. januar 1999.

Kap. 0742 Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	18 251	17 130	20 500
60	Tilskudd	1 057	3 800	3 800
	Sum kap 0742	19 308	20 930	24 300

Formål og oppgaver

Hvor noen er under psykisk helsevern etter lov av 07.07.99 nr. 62, skal det være en kontrollkommisjon som etter nærmere regler gitt av departementet treffer avgjørelser som er tillagt den. Staten skal dekke utgiftene som angår kontrollkommisjonene.

Kontrollkommisjonens oppgaver er å behandle klager på avgjørelser om videre undersøkelse, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvunget psykisk helsevern.

Ved ny lov er kontrollkommisjonens kompetanse utvidet til også å gjelde klage på avgjørelser om begrensninger i pasientens kontakt med omverdenen, om undersøkelse av rom og eiendeler og kroppsvisitasjon, om beslag og om tvangsmidler.

Kontrollkommisjonene skal i tillegg, i den utstrekning det er mulig, føre den kontroll den finner 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 kontrollkommisjonens tilsynsområde.

Kontrollkommisjonene er suverene når det gjelder avgjørelser i klagesaker, og kan bare overprøves av domstolene. Kontrollkommisjonenes virksomhet omfattes heller ikke av lov om statlig tilsyn. En generell overvåkning av kontrollkommisjonenes virksomhet utøves i dag ved at Helsetilsynet/fylkeslegene mottar årsrapporter. I tillegg avholder Helsetilsynet årlige konferanser for samtlige av landets kommisjoner.

Resultatrapportering

Kontrollkommisjonene avgir årsrapporter fra sitt arbeid. Det er utarbeidet en mal for rapportene. Landet har 56 kontrollkommisjoner. Helsetilsynet har mottatt årsrapporter fra de fleste kontrollkommisjonene. De som ikke har avgitt årsrapport vil bli purret, slik at en samlet gjennomgang kan foretas.

Satsingsområder

De årlige konferansene for kontrollkommisjonene er et viktig bidrag i arbeidet med å sikre erfaringsoverføring, kompetanseutvikling og oppdatering av regelverk som skal sikre god kvalitet og enhetlig praksis i kommisjonenes arbeid.

Departementet er kjent med at enkelte kontrollkommisjoner ikke har fungert tilfredsstillende. Departementet vil i samarbeid med Helsetilsynet videreutvikle de årlige kontrollkommisjonskonferansene som et virkemiddel til å skape en øket bevissthet om hvordan kontrollkommisjonene skal arbeide. Departementet viser videre til det til ny psykisk helsevernlov. Etter departementets oppfatning vil et mer moderne regelverk med en klarere definert kompetanse i klagesaker kunne bidra til en bedre kvalitet på kontrollkommisjonenes saksbehandling.

Merknader til de enkelte poster

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker utgiftene til kontrollkommisjonene i psykisk helsevern, herunder utgifter til forberedelse og gjennomføring av årlig kontrollkommisjonskonferanse.

Post 60 Tilskudd

Posten skal dekke utgifter ved gjennomføring av tvungent psykisk helsevern for pasient som ikke har bosted i riket, jfr. ny lov om spesialisthelsetjeneste § 6-7. I 1999 ble posten belastet med 232.000 kr for opphold for én person.

Posten skal også dekke hjemsendelse av utenlandske sinnslidende. I 1999 ble det foretatt en slik hjemsendelse. Videre dekkes hjemhenting

fra utlandet av sinnslidende norske statsborgere. I 1999 ble 9 personer hentet hjem, herav fem fra Europa, tre fra Asia og en fra Nord-Amerika. Hjemsendelse og hjemhenting kostet i 1999 637.000 kr.

Utgiftene varierer sterkt fra år til år fordi det er forholdsvis få saker.

Regjeringen vurderer tilsvarende ordning for personer med somatiske lidelser.

Kap. 0743 Statlige stimuleringstiltak for psykisk helsevern

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
21	Spesielle driftsutgifter	20 339	24 050	24 600
60	Utredninger og utviklingsarbeid, *kan overføres, kan nyttes under post 70*	62 227	78 700	78 700
61	Tilskudd til psykososialt arbeid for flyktninger, *kan overføres*	28 366	16 500	17 100
62	Tilskudd til psykiatri i kommuner, *kan overføres*	561 693	655 100	823 500
63	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern i fylkene, kan overføres	498 709	627 900	816 400
64	Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern for voksne, *kan overføres, kan nyttes under post 65*	31 040	49 000	56 000
65	Utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom, *kan overføres, kan nyttes under post 64*	53 779	126 000	19 000
70	Tilskudd til forskning, videre- og etterutdanning, *kan overføres, kan nyttes under post 60*	83 345	106 150	134 500
72	Tilskudd til Modum bads nervesanatorium	64 913	66 800	68 800
	Sum kap 0743	1 404 411	1 750 200	2 038 600

Overført fra 1999 til 2000:
Post 21: 26 000 kroner
Post 60: 11 176 000 kroner
Post 61: 13 558 000 kroner
Post 64: 6 960 000 kroner
Post 65: 91 221 000 kroner
Post 70: 2 195 000 kroner

Opptrappingsplanen i budsjettforslaget for 2001

I budsjettforslaget for 2001 avsettes det 365 mill. kroner mer til psykisk helse sammenliknet med vedtatt budsjett for 2000 (SIII2000). Med dette videreføres realiseringen av opptrappingsplanen som ble startet opp i 1999. I tråd med St.prp. nr. 63 (1997-98) er det lagt opp til en moderat innfasing av opptrappingsplanen i begynnelsen av planperioden bl.a. av hensyn til personelltilgangen. Fordelingen av beløpet på 365 mill. kroner er vist i tabellen nedenfor.

Tabell 13.31Styrking av psykisk helsearbeid 2001. Mill. kroner

1.1 Kommunene (øremerket tilskudd) [1]		208
1.2. Fylkeskommunene		118
Fordelt på:		
1.2.1 Øremerket tilskudd [2]	103	
1.2.2. Frie inntekter [3]	15	
1.3. Staten [4]		39
Sum opptrappingsplanen for psykisk helse		365

[1]) I dette beløpet inngår en styrking av KRDs budsjett med 28,5 mill. kroner til omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser, og en økning på 10,52 mill. kroner til 20 forsøkskommuner (forsøk med øremerkede midler som rammetilskudd. , i alt 39 mill. kroner. Det resterende beløpet, 169 mill. kroner, går til styrking av SHDs bevilgning til psykisk helsearbeid i kommunene (kap. 743 post 62).

[2]) Av dette beløpet er om lag 17 mill. kroner lagt inn på kap. 730, post 61 til økte poliklinikkrefusjoner og 2 mill. kroner lagt inn på kap. 701, post 21 til forsøksordning med tannhelsetilbud til hjemmeboende personer med psykiske lidelser

[3]) Beløpet er lagt inn på KRDs budsjett til styrking av rammetilskudd til fylkeskommunene (kap. 572, post 60).

[4]) Her inngår en styrking av AADs budsjett med 12 mill. kroner til økt innsats mht spesielle arbeidsmarkedstiltak for mennesker med psykiske lidelser. Videre inngår 1,8 mill. kroner til økning i antall studieplasser i psykologi ved Universitetet i Oslo som er lagt inn i KUFs budsjett. 5 mill kroner er avsatt til styrket forskningsvirksomhet. Øvrige 20,2 mill. kroner er lagt inn på kap. 743, post 70 for å dekke Handlingsplan mot selvmord, styrke utdannings- og rekrutteringstiltak, brukertiltak og informasjonstiltak.

En stor del av bevilgningen for 2000 til investeringsformål vil bli overført til 2001. Samtidig er bevilgningsbehovet for denne typen formål i 2001 lavere enn tidligere forutsatt. Dette skyldes at det tar lengre tid å ferdigstille prosjekter enn tidligere anslått. Investeringstilskudd utbetales først på ferdigstillingstidspunktet. For å få et bedre samsvar mellom bevilgning og antatt behov for utbetaling til investeringsformål i 2001, omdisponeres det midler fra investeringer til drift. Opplegget for 2001 gir derfor rom for en noe sterkere opptrapping av tilskudd til driftsformål (stat, fylkeskommuner, kommuner) enn de foregående år, samtidig som de samlede investeringstilskuddene reduseres med 54 mill. kroner for å tilpasse disse til det faktiske investeringsforløpet. Det foreslås å øke tilskuddene til driftsformål (stat, fylkeskommuner, kommuner) med til sammen 419 mill. kroner. Tilskuddene til drift øker dermed mer enn styrkingen som framgår av tabellen over. I tillegg til dette beløpet kommer refusjonsutgifter til privatpraktiserende psykologer og psykiatere. Til sammenlikning var økningen i driftsmidler i 1999 og 2000 henholdsvis 262 og 365 mill. kroner. Tilskuddene til kommunesektorene (60 postene) er som hovedregel, og i tråd med tidligere praksis, i utgangspunktet ikke prisjustert. Måltallene i tabellen er oppgitt i 1998-kroner, jf. St.prp. nr. 63 (1997-98) og Stortingets behandling av denne.

For at investeringene i opptrappingsplanen skal kunne gjennomføres som forutsatt, må det kunne gis klarsignal om videre utbygging i fylkeskommunene utover det som vil være bevilgningsbehovet det enkelte år. Det arbeides med et opplegg for tilsagnsstyring av investeringsdelen i psykiatriplanen. Regjeringen vil komme tilbake til dette i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2001

Overordnet formål

Kapittelet omfatter statlige stimuleringstiltak for psykisk helsearbeid og til enkelte andre statlige tilgrensende områder.

Det overordnete formålet med de øremerkede stimuleringstilskuddene er å legge til rette for at personer med psykiske lidelser skal få en verdig livssituasjon og nødvendig helsehjelp. Stimuleringstilskuddene skal sette kommunene og fylkeskommunene 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 å søke å påvirke forløp, alvorlighetsgrad og konsekvenser
- ansvaret for tjenestene skal følge øvrig ansvarsfordeling innen helse- og sosialtjenesten
- pasienten først, - brukernes behov skal avgjøre hvilket tilbud som skal gis ut fra et helhetlig menneskesyn

- mest mulig frivillighet, - behandlingen må gis i mest mulig åpne normaliserte og frivillige former
- mest mulig normalt liv, - velferd, økt livskvalitet og deltakelse i samfunnslivet gjennom uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv

Opptrappingsplanen legger opp til følgende tiltak:
- styrke brukerrettede tiltak og informasjon
- styrke tilbudet i kommunene med vekt på forebygging, tidlig hjelp og rehabilitering
- omstrukturere og bygge ut voksenpsykiatrien, - satse på kommunenære tiltak som distriktspsykiatriske sentre (dps'er)
- bygge ut barne- og ungdomspsykiatrien
- stimulere utdanning og forskning

Tilstandsbeskrivelse og resultatrapport 1999

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.

Rådet for psykisk helse har på grunnlag av tilgjengelig forskning anslått at 50 000 mennesker i Norge har alvorlige kroniske psykiske lidelser, hvorav 20 000 med varige og kontinuerlige behandlings- og bistandsbehov. Det er anslått at 400 000 personer har andre alvorlige eller moderate lidelser med tidvis stort behandlingsbehov og at 350 000 personer har lettere psykiske lidelser.

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 uføretrygdede og ca. 4 mill. sykedager (trygdens andel) grunnet psykiske lidelser. Psykiske lidelser koster det norske samfunnet ca. 30 mrd. kr 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 har svakest tilbud i kommunene og dårligst levekår.

Tjenesteapparatet i kommunene og fylkeskommunene.

St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet beskrev et tjenesteapparat med svikt i alle ledd. Konkret pekte meldingen på manglende behandlingskapasitet, for dårlig utbygde tjenester i kommunene, for høye terskler/for vanskelig å slippe til, for lang tid før første sykdomstegn til behandling settes inn, for dårlig oppfølging etter utskriving, for mange for tidlige utskrivninger og for dårlig kvalitetssikring av tjenestene.

Ved inngangen til 2001 har opptrappingsplanen virket i to år. Psykisk helsearbeid har i denne perioden kommet vesentlig tydeligere på kommunenes dagsorden, og fylkeskommunene er godt i gang med omstrukturering og utbygging av sitt tjenestetilbud. 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, 63, 64 og 65.

Statlige tiltak

Mennesker med psykiske lidelser har ofte problemer med å få tilgang til arbeidslivet og å bli værende der. Det er satt i gang ulike tiltak for å integrere personer med psykiske lidelser i arbeidslivet, men fortsatt møter gruppa problemer. Hovedproblemene har vært knyttet til samarbeidet mellom den kommunale helse- og sosialtjenesten og arbeidsmarkedsetaten, og at tiltakene ikke har vært tilstrekkelig tilpasset målgruppas behov. 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 AADs budsjett i 1999 satt av 9 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 sosialetaten. Departementet har bl.a. opprettet et prosjekt i samarbeid med Stavanger kommune og Fontenehuset i Stavanger om å utvikle Fontenehus-modellen i Norge. Erfaringer fra slike tiltak vil bli brukt for å sikre gode og fleksible

arbeidstilbud for mennesker med psykiske lidelser.

Tilgangen på kvalifisert personell er en kritisk 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 var det i utgangspunktet forutsatt en gradvis bedret dekning i perioden, og derved tilstrekkelig til å kunne gjennomføre opptrappingen. Den faktiske personelltilgangen i 1998 og 1999 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 barne- og ungdomspsykiatrien mest kritisk.

Forskningsaktiviteten innen psykisk helse har økt noe 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. Mental helse-programmet i Norges forskningsråd videreføres.

Nærmere beskrivelse av tiltak vedr utdanning, rekruttering og forskning er gitt under post 60 og 70.

Økt brukermedvirkning og informasjons- og holdningstiltak utgjør sentrale elementer i opptrappingsplanen for psykisk helse. Disse områdene er nærmere beskrevet under post 70.

Arbeidet med å forebygge spiseproblemer og behandle mennesker med spiseforstyrrelser er omtalt under post 70.

Satsingsområder og mål for 2001

Kommunale og fylkeskommunale tjenester

For kommunale tjenester vises til omtalen under post 62, for fylkeskommunale tjenester til postene 63, 64 og 65.

Statlige tiltak

For 2000 er ytterligere 18 mill. kroner satt av til arbeidsmarkedstiltak for mennesker med psykiske lidelser slik at samlet bevilgning er 27 mill. kroner. For 2001 foreslås denne summen økt med 12 mill. kroner over AADs budsjett.

Sosialkomiteen ba i Budsjettinnst. S. nr. 11 (1999-2000) om å bli orientert om AADs forsøk med lønnssubsidium av lengre varighet for mennesker med variabel arbeidsevne bl.a. som følge av psykiske lidelser. Forsøket er igangsatt fra og med første halvår i år i fem fylker. Dette omfatter mennesker som ikke tilfredsstiller krav til uføretrygd og som har gjennomført et attføringsløp uten å være kommet i arbeid. Det er dessuten en viss mulighet for å fravike dette kravet. Tilskuddet gis arbeidsgiver som kompensasjon for tidvis redusert arbeidsevne. Det antas at tiltaksdeltakerne over noe tid vil kunne forbedre sin funksjonsevne selv om den medisinske tilstanden varierer. Det vil derfor jevnlig bli vurdert om det er hensiktsmessig og nødvendig å fortsette tiltaket.

For å bedre tilgangen på helsepersonell og øke personellets kompetanse når det gjelder psykisk helse og psykiske lidelser prioriteres følgende tiltak:

- videreføre kapasiteten i tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid
- styrke spesialistutdanningen av psykiatere i områder med svak dekning
- tilskudd til videre- og etterutdanning innen voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien
- videreutvikle regionsentrene i barne- og ungdomspsykiatri
- styrke undervisnings- og opplæringstilbudene innen spesifikke behandlingsformer og behandlingsprogrammer der kompetansegrunnlaget er for svakt i dag
- stimulere til økt etterutdanning på områder der kunnskapsgrunnlaget i dag er for svakt
- vurdere erfaringene mht. videreutdanning i bl.a. psykisk helsearbeid innenfor videregående opplæring og program for kvalifisering av ufaglærte i pleie- og omsorgssektoren og psykisk helsearbeid

Departementet vil utrede videre muligheten for å innføre en obligatorisk turnustjeneste for leger innen psykiatri. Dette vurderes som et særlig viktig tiltak for å øke psykiatrikompetansen innen helsetjenesten. Obligatorisk turnustjeneste har imidlertid en rekke praktiske konsekvenser for tjenesteapparatet og turnuskandidatene. Forslaget vil derfor bli videre utredet i samarbeid med berørte parter

Brukertiltak

Regjeringen har lagt fram nye helselover som er vedtatt i Stortinget og som vektlegger medvirkning for brukere. Departementet stiller krav til kommuner og fylkeskommuner at brukerne skal medvirke i utformingen av egne tjenestetilbud og i planarbeid.

For å gjennomføre målet om økt brukermedvirkning, må det bli satset både på den enkelte bruker/pårørende og brukerorganisasjonene. Et viktig virkemiddel er å bevilge midler til brukerorganisasjonene. Brukerorganisasjonene styrker driften av egen organisasjon, driver selvhjelp og informasjonsvirksomhet. Virksomheten til organisasjonene forventes å øke mulighetene for at den enkelte bruker og pårørende kan delta i utformingen av eget tjenestetilbud.

Informasjon

Departementet har utarbeidet en plan for å informere befolkningen og utvalgte grupper av befolkningen om psykisk helse, psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Prioriterte målgrupper er barn og unge, arbeidslivet, helsepersonell og politi.

Resultatoppfølging og kontroll

Departementet vil fortløpende følge opp opptrappingsplanen gjennom de mål og resultatkrav som er stilt for tilskuddsordningene, samt overvåke gjennomføringen av kommunale og fylkeskommunale planer. Det vil bli etablert et eget evalueringsprogram 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.

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) og det statlige sekretariatet for de fylkeskommunale tjenestene, og en omfattende utredningsvirksomhet som ledd i oppfølgingen av Stortingsmeldingen.

Resultatrapportering 1999/2000

Landets kommuner har fått omfattende oppfølging og veiledning gjennom opprettelsen av rådgiverstillinger på psykisk helse-området på fylkeslegekontorene. 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.

Følgende utredninger er ferdigstilt eller til bearbeiding i Statens helsetilsyn innen utgangen av 2000:

- kommunale boformer for mennesker med psykiske lidelser
- psykiatriske tilbud til døve barn og unge og evaluering av døveavsnittet på Gaustad, Aker sykehus
- koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser
- evaluering av ressursbruk, organisering og målgrupper for de psykiatriske ungdomsteam
- kartlegging av fylkeskommunale spesialisttjenestetilbud til utviklingshemmede med store adferdsavvik og/eller psykiske lidelser
- psykiatriske poliklinikker – en eavaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatrien.
- veileder vedr. organisering og arbeidsoppgaver for distriktspsykiatriske sentre
- kartlegging av omfanget av personer med alvorlige psykiske lidelser som samtidig er rusmiddelbrukere
- retningslinjer for behandling av angst og tvangslidelser, stemningslidelser og spiseforstyrrelser

Følgende prosjekter er fortsatt under arbeid ved årsskiftet 2000/01:

- gjennomgang og evaluering av spesialist- og videreutdanning innen psykisk helsevern
- kjerneoppgaver og kompetansebehov innen spesifikke behandlingsformer
- utarbeide retningslinjer for behandling av schizofreni.

Posten har også i 2000 finansiert to engasjementer for ferdigstillelse av forskriftene til ny lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

Satsingsområder og resultatmål 2001

- den statlige oppfølgingen gjennom fylkeslegekontorene og det statlige sekretariatet videreføres
- utredningene under punkt 2. foran følges opp med sikte på økt kvalitet og effektivitet i tjenesten
- det rettes særlig fokus mot:
- informasjonsarbeid
- personell og kompetansetiltak
- etablering av tilfredsstillende individuelt tilrettelagt botilbud for personer med psykiske lidelser
- behovet for oppfølging av barn av alvorlig syke omsorgspersoner
- samarbeid mellom forvaltningsnivåene ved utskrivninger fra spesialisthelsetjenesten
- behovet for helsetjenester til traumatiserte familier og enkeltpersoner som flyktninger, FN-personell og andre
- forebyggende og psykososialt arbeid rettet mot barn og unge og kompetansehevende tiltak knyttet til dette arbeidet.

Post 60 Utredninger og utviklingsarbeid, kan overføres, kan nyttes under post 70

Formål og hovedprioriteringer

Formålet med bevilgningen er å bidra til utvikling av kvaliteten på tjenestene og kompetansen innen psykisk helsevern for barne og ungdom i psykisk helsevern for voksne.

Virkemidler

Regionsentre i barne- og ungdomspsykiatri

For å rette opp geografisk skjevfordeling i behandlingstilbudet til barn og unge og øke tilgangen på kvalifisert personell, er det i perioden 1991 - 1999 etablert regionsentere i barne- og ungdomspsykiatri i alle helseregioner.

Regionsenternes overordnede målsetting er å bedre kvaliteten på de barne- og ungdomspsykiatriske tjenestene. Virksomheten er konsentrert om undervisning samt forsknings- og utviklingsarbeid med forankring i klinisk virksomhet ved institusjoner i regionen.

Videreutdanning og utviklingsarbeid

For å bedre tilgangen på psykiatere, bevilges det midler til tilrettelagt utdanning av psykiatere i områder med svak dekning. Det gis også tilskudd til fylkeskommunene for delfinansiering av etter- og videreutdanning av spesialister innen barne- og ungdomspsykiatri der et er mangel på slike, samt til delfinansiering av videreutdanning i miljøterapi.

For å øke kompetansen om ADHD og bedre behandlingstilbudet er det opprettet tre sakkyndige team.

Behandlingstilbud til overgripere

I tråd med St.meld. nr. 25 (1996-97) er det behov for å styrke behandlingstiltak til seksualovergripere. Det skal gjennomføres forsøk med frivillig hormonbehandling for dømte som er funnet skyldig i de mest alvorlige former for seksuelle overgrep. Videre gis det behandlingstilbud ved Institutt for sexologi og terapi.

Styrking av kompetanse og kompetansespredning på områdene vold, aggresjonsproblematikk og seksuelle overgrep skal skje gjennom de regionale kompetansesentrene for sikkerhet, fengsels og rettspsykiatri (bevilges over post 63). Den kunnskap og erfaring som de eksisterende fagmiljøer har skal fortsatt nyttiggjøres i størst mulig grad.

Resultatrapportering for 1999

Regionsentre i barne- og ungdomspsykiatri

- regionsentrene i helseregion Midt-Norge (Trondheim), helseregion nord (Tromsø) og helseregion vest (Bergen) er i full drift. Regionsenter for helseregion øst og sør hadde sitt første driftsår i 1999, og det tas sikte på full drift i 2001
- *region vest*: Det ble gitt treårig klinisk videreutdanningstilbud for sosionomer og pedagoger samt treårig viderutdanningstilbud i psykodynamisk terapi med barn for leger og psykologer. Det ble arrangert fordypningsseminarer i familieterapi, veiledningspedagogikk og miljøterapi med ungdom, samt en rekke etterutdanningsseminarer. Det ble etablert et forum for forskning i 1998 med formål å stimulere til forskning. Forumet samlet 30 deltakere og hadde ni samlinger i 1999. Det ble tildelt 4 arbeidsstipend til forskningsprosjekter

- *region midt*: Senteret hadde 7 videreutdanningstilbud til leger, psykologer, pedagoger og kontoransatte. Av etterutdanninger ble holdt 6 kurs. I tillegg ble det holdt en rekke kurs i fylkene. Ansatte ved senteret var prosjektansvarlige for 27 forskningsprosjekter
- *region nord*: Senteret hadde eget videreutdanningsprogram for sosionomer. Det har ikke vært eget fordypningsprogram for leger og psykologer i 1999 fordi for få leger og psykologer i barne- og ungdomspsykiatrien i fylket hadde kommet langt nok i sin spesialisering. Videreutdanningstilbud for leger og psykologer er startet opp i 2000. Det ble arrangert 16 etterutdanningsprogrammer med tverrfaglig deltakelse. Senteret gjennomførte 11 forskningsprosjekter i 1999. I tillegg deltar senteret i internasjonalt forskningssamarbeid
- intern evaluering av regionsenterne ble sluttført i 1999.

Videreutdanning og utviklingsarbeid

- tilskudd til fylkeskommunene for delfinansiering av etter- og videreutdanning av spesialister innen barne- og ungdomspsykiatri for å bedre tilgangen der det er mangel på slike. Alle fylker og regionsentere i helseregion III, IV og V ble tildelt midler etter søknad
- tilskudd til fylkeskommunene for delfinansiering av videreutdanning i miljøterapi, og til instanser som driver miljøterapiutdanning eller oppstart av slik utdanning. Det drives nå miljøterapiutdanning i alle helseregioner.. Midlene ble hovedsakelig tildelt instanser som driver slik utdanning, men også til personell i fylkene som tar slik utdanning
- igangsetting av tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid i hele landet har åpnet for at alle grupper med høgskoleutdanning i helse- og sosialfag kan motta støtte til videreutdanning. Rapporteringen viser at interessen for denne type videreutdanning har økt i kommunene, og at vernepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosionomer og barnevernspedagoger har mottatt støtte i tillegg til sykepleiere og helsesøstre. Fortsatt er det imidlertid kommuner som ikke i nødvendig grad kunngjør ordningen internt
- tilrettelagt utdanning av psykiatere og barne- og ungdomspsykiatere. i Nordland, Troms og Finnmark.Målet om 12 kandidater i prosjektet er nådd i Nordland. Troms og Finnmark har startet opp.

Behandlingstilbud til overgripere

I 1997 ble det inngått en avtale om et treårig prosjekt med statlig støtte til behandling av inntil 50 seksuelle overgripere per år. ved Institutt for klinisk seksologi og terapi. Avtalen er forlenget ut 2000 som en overgangsordning til ny avtale er på plass fra 2001. Prosjektet omfattet i 1999 77 pasienter. Det kom 64 klienter fra helseregion øst hvor av disse var 24 fra Oslo, 4 kom fra helseregion sør, 7 fra helseregion vest og 2 klienter fra helseregion nord. Det har vært 8 psykologer og 4 psykologistudenter tilknyttet prosjektet. Oslo kommune administrerer prosjektet på vegne av staten.

Satsingsområder og resultatmål 2001

Regionsentre i barne- og ungdomspsykiatri

- regionsentrene i barne- og ungdomspsykiatri skal videreutvikles
- videreutvikle tilbudene innen videre- og etterutdanning i samtlige fagkategorier til ansatte i psykisk helsevern for barn og unge samt til ansatte i samarbeidende etater som barnevern.
- økt samarbeid mellom regionsentrene for barne- og ungdomspsykiatri og kompetansemiljøene innen barnevernet.
- gjennomføre ekstern evaluering av regionsentrene i barne- og ungdomspsykiatri.

Videreutdanning og utviklingsarbeid

- midlene skal generelt nyttes til videreføring og økning av kompetansehevende tiltak og utdanning i psykisk helsearbeid i kommuner og fylkeskommuner.
- bevilgningen skal dekke utviklingstiltak for kompetanseoppbygging, kartlegging og informasjon, samt utredninger, kurs og konferanser.
- ordningen med tilrettelagt utdanning av psykiatere og barne- og ungdomspsykiatere vil bli videreført og utvidet. Resultatmål: økning i antall nye kandidater som påbegynner spesialisering under slike ordninger i 2001. Nye fylkeskommuner kan bli vurdert tatt inn i ordningen.
- sakkyndige team for ADHD vurderes

Behandlingstilbud til overgripere

- oppfølging, videreutvikling og styrking av behandlingstilbud til seksuelle overgripere

– videreutvikle kompetansen på område gjennom styrking av de regionale kompetansesentrene i sikkerhets,- fengsels- og rettspsykiatri. I tillegg må kompetansen innen behandling som eksisterer på området i dag forankres og koordineres gjennom kompetansesentrene.

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 I og II). Senteret erstatter ikke klinisk virksomhet innen det ordinære psykiske helsevern, men skal bidra med spisskompetanse og til å bedre tilgangen på kvalifisert bistand.

De psykososiale teamene driver omfattende kurs- og konsultasjonsvirksomhet ovenfor 1.- og 2. linjetjenesten, ved siden av direkte klinisk arbeid.

Forutsetninger for bruk av tilskuddene i 1999

De regionale psykososiale teamene ikke har hatt en tilfredsstillende finansieringssituasjon. Ved disponeringen av bevilgningen for 1999 er det lagt til rette for en konsolidering av driften av teamene.

De driftsansvarlige fylkeskommuner skal utvikle styringsdokument for det psykososiale team som inneholder definerbare mål, strategier, oppgavebeskrivelse og ressursfordeling. Utgangspunktet for et slikt dokument er at de psykososiale team inngår som en fast del av kompetanseoppbyggingen i det psykiske helsevern, jf. St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet og St.prp. nr. 63 (1997-98), og at teamene inngår som en del av det regionale samarbeidet i helseregionen.

Statlig finansiering av de psykososiale teamene skal ikke være til hinder for fylkeskommunal delfinansiering for eksempel av kliniske stillinger.

Resultatrapportering for 1999

Psykososialt senter for flyktninger har videreført sitt arbeid fra tidligere år når det gjelder undervisning og veiledning overfor Universitet i Oslo, de kommunale førstelinjetjenestene og den psykiatriske annenlinjetjeneste. Basisgruppeundervisningen av medisinstudenter har vært videreført fra tidligere år. Målet på sikt er at alle fylkene i helseregion I og II i samarbeid med senteret skal arrangere lokale seminarer for å øke kompetansen i egen region. I tillegg har senteret prioritert undervisning og veiledning av tolker som arbeider med tolking i psykoterapi.

Senteret driver utstrakt forskningsvirksomhet. Poliklinikken samarbeider med henvisende instanser under behandlingen. Det gis en utstrakt konsultasjonstjeneste overfor første- og annenlinjetjenesten.

De fire psykososiale teamene driver omfattende kurs og konsultasjonsvirksomhet ovenfor 1. og 2. linjetjenesten.

På bakgrunn av det ekstraordinære mottaket av ca. 6000 flyktninger fra Kosovo våren 1999 ble det bevilget ca. 23 mill. kroner til psykososiale støttetiltak. Midlene ble hovedsakelig fordelt til kommuner med mottak for denne flyktning-gruppen, og i tillegg ble det satt av midler til å styrke Psykososialt senter og de regionale psykososiale team med særlig kvalifisert personell og til veiledning, kurs, konferanser og andre kompetansehevende tiltak knyttet til dette ekstraordinære mottaket. Departementet arrangerte i samarbeid med Statens helsetilsyn en erfaringskonferanse om de psykososiale støttetiltakene i februar 2000, og en del av erfaringene følges

opp i stortingsmelding om mottak av nyankomne flyktninger som legges fram høsten 2000.

Satsingsområder og resultatmål 2001

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.

Post 62 Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommunene, kan overføres

Formål og hovedprioriteringer

Mange mennesker med alvorlige psykiske lidelser mangler vesentlige velferdsgoder. De er blant dem som har de dårligste levekårene og som samtidig mottar det svakeste tilbudet fra tjenesteapparatet. Tiltakene som iverksettes som ledd i gjennomføringen av opptrappingsplanen settes inn i et perspektiv som kan bidra til å øke forståelsen for psykiske lidelser og styrke mulighetene for integrering.

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 i avsnitt 4 nedenfor.

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 fylkeskommune.

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.

Virkemidler

Det ble for 2000 totalt bevilget 693 mill. kroner i øremerkede tilskudd for å styrke tilbudet til personer med psykiske lidelser i kommunene og til forebyggende arbeid, en økning på 129 mill. kroner fra 1999. I tillegg ble midlene over KRD's budsjett til omsorgsboliger økt med 43 mill. kroner til 59 mill. kroner for denne gruppa. Det samlede økningen av midler til kommunene som ledd i gjennomføringen av opptrappingsplanen var dermed på 172 mill. kroner.

Når det gjelder fordelingen av tilskuddene for 2000 og forutsetninger for bruken av disse, vises til budsjettproposisjonen for 2000.

Resultatrapport 1999

I 1999 mottok kommunene 522 mill. kroner i øremerkede tilskudd til tiltak for personer med psykiske lidelser og forebyggende tiltak blant barn og unge i tillegg til 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. 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. Samtidig har dette tilskuddet økt med 129 mill. kroner fra 1998 til 1999. Aktiviteten i kommunene øker dermed mer enn økningen i øremerkede midler ved at stadig mer av de overførte midlene kommer til anvendelse.

Rapporteringsskjemaet ble revidert med utgangspunkt i 1998-skjemaet og søkt samordnet med rapporteringsoppleggene for handlingsplanene for henholdsvis eldreomsorgen og helse- og sosialpersonell. Rapporteringen ble dermed lagt om fra og med rapporteringsåret 1999. Denne omleggingen har ikke fungert så godt som forventet. Tallene er fortsatt beheftet med usikkerhet, og departementet arbeider derfor videre med å kvalitetssikre tallene i samarbeid med fylkeslegene. Departementet vil på et senere tidspunkt komme tilbake til tallene når disse er kvalitetssikret

Så vel materialet hittil som informasjon fra kontakt med fylkesleger og enkeltkommuner tyder på at veksten i kommunenes aktivitet på dette området er klart økende. Dette tyder på at de øremerkede tilskuddene brukes etter hensikten og at de er et egnet virkemiddel for å bygge opp tjenestetilbudene i kommunene.

Med utgangspunkt i tildelingen av 42 mill. kroner fra denne posten til utdanningsformål ble følgende tiltak iverksatt for 1999:

- etterutdanning for personell i kommuner og fylkeskommuner innen spiseforstyrrelser, schizofreni og barn og unge med psykisk syke omsorgspersoner. Utdanningen har startet opp i deler av landet. Dette har vesentlig vært deltidsstudier på 100 – 200 timer av ett til to års varighet. Interessen for tilbudene har vært stor
- igangsetting av tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid i hele landet har åpnet for at alle grupper med høgskoleutdanning i helse- og sosialfag kan motta støtte til videreutdanning. Rapporteringen viser at interessen for denne type videreutdanning har økt i kommunene, og at vernepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosionomer og barnevernspedagoger har mottatt støtte i tillegg til sykepleiere og helsesøstre. Fortsatt er det imidlertid kommuner som ikke i nødvendig grad kunngjør ordningen internt.

Satsingsområder og mål for 2001

Målene for kommunenes innsats i gjennomføringen av opptrappingsplanen er for denne budsjettposten også omtalt i avsnitt 1 "Formål og hovedprioriteringer" ovenfor. Disse målene forutsettes opprettholdt også for kommende år. Ved behandlingen av statsbudsjettet for 2000 sluttet Sosialkomiteen seg til disse.

Ut fra erfaringene med gjennomføringen av opptrappingsplanen hittil, er det ønskelig med en sterkere fokusering på innsatsen for barn og unge. For barn og unge er utbygging av psykososiale tjenester herunder helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og kultur- og fritidstiltak sentralt. Målsettingen med dette arbeidet må være både å forebygge psykososiale problemer, og å bygge opp et tjenestetilbud til utsatte og de som har utviklet slike problemer. Sosialkomiteen pekte spesielt på viktigheten av at skolene og skolehelsetjenesten ser utviklingstrekk som kan føre til psykiske lidelser, og å være oppmerksom på barn og unge som utvikler spiseforstyrrelser. Komiteen understreket at primærforebyggende arbeid først og fremst er et kommunalt ansvar og må derfor vies stor oppmerksomhet i de kommunale planene. Mange kommuner som ennå ikke har inkludert tiltak og tjenester til barn og unge i sine planer må sikre dette ved første rullering av planen.

Departementet viser til måltallene i opptrappingsplanen som er lagt til grunn for de samlede tilskuddene til kommunene i 2006. De økonomiske rammene for tiltak for barn og unge her utgjør vel 20 pst. av økningen i de statlige tilskuddene til kommunenes driftsutgifter. Dette bør være et veiledende tall for den enkelte kommune i planleggingen av tiltak for barn og unge når det øremerkede tilskuddet skal fordeles. Departementet vil for øvrig gi kommunene nærmere holdepunkter for utviklingen av tilbudet til barn og unge. Som ledd i dette arbeidet er det ønskelig å sette av midler til praktiske forsøk med familiesentraler 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 satsingsområdene for barn og unge ellers bør være:

- utbygging av psykososiale tjenester og støttekontakter, 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 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.

Betydningen av brukermedvirkning er sterkt understreket. Sosialkomiteen pekte på at dette vil føre til økt kvalitet på tjenestene. Det er en forutsetning for å realisere målet om økt brukermedvirkning at kommunene og fylkeskommunene prioriterer dette.

De viktigste satsningsområdene i 2001 for tilbudet til voksne med psykiske lidelser i kommunene bør ellers være:

- styrking av brukerrettede tiltak og informasjon i samarbeid med organisasjonene for brukere og pårørende
- nye botilbud
- styrking av hjemmebaserte tjenester
- dagsentre og andre aktivitetstilbud til flere
- flere støttekontakter
- utbygging av kultur- og fritidstiltak herunder samarbeid med frivillige organisasjoner
- styrking av tilrettelagte tjenester i kommunen

Andre viktige satsningsområder vil være:
- videreføre og trappe opp etterutdanningstiltak i spiseforstyrrelser, schizofreni og barn og unge med psykisk syke omsorgspersoner
- videreføre tilskuddet til videreutdanning i psykisk helsearbeid for høgskoleutdannet personell i kommunene

For den tverrfaglige videreutdanning i psykisk helsearbeid for høyskoleutdannet personell understrekes at kommunene følger opp intensjonene ved at også andre grupper enn sykepleiere gis tilskudd.

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 42 mill. kroner i 2001, jf ovenfor om forsøk med familievernsentraler.

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 oppstartingstilskudd (post 60) til 118 omsorgsboliger i tilknytning til opptrappingsplanen for psykisk helse. Målet om 270 omsorgsboliger ble dermed ikke nådd. For 2000 er måltallet 470 boliger. I 1. halvår 2000 ble det gitt tilsagn til kun 49 boliger. Dette tyder på at målet for bygging heller ikke nås i 2000.

Regjeringen foreslår at det i 2001 kan gis tilsagn til 440 omsorgsboliger i opptrappingsplanen. Dette innebærer at det gis en tilsagnsramme på 77 mill. kr, og en bevilgning på 47 mill. kr som vil dekke utbetaling av tilsagn gitt i 1999 og 2000 som kommer til utbetaling i 2001. Tilsagn som blir gitt i 2001 som kommer til utbetaling samme år, kan budsjettmessig dekkes innenfor bevilgningene gitt i 1999 og 2000 pga at det ble gitt færre tilsagn i disse årene enn tilsagnsrammer og bevilgninger var dimensjonert for.

Byggeprosjekter som har fått oppstartingstilskudd får automatisk kompensasjonstilskudd til renter og avdrag (post 63). Tilskuddet er et årlig tilskudd som skal dekke utgifter til renter og avdrag på lån til omsorgsboliger. Bevilgningsbehovet knyttet til opptrappingsplanen er i 2001 på 24 mill. kr. Av dette er 2,7 mill. kroner knyttet til nye tilsagn som gis i 2001 og som kommer til utbetaling samme år.

SHD vil i samarbeid med KRD vurdere eventuelle andre boligtiltak som kan være aktuelle for å møte behovet for boliger til mennesker med psykiske lidelser.

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 skal overføres til kap. 571, post 68 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett er på 48,657 mill. kroner. 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 er pålagt å rapportere tilbake til departementet om bruken av 2001-tilskuddet jf tidligere år. Som i foregående år vil det bli innhentet opplysninger om aktivitet rettet mot mennesker med psykiske lidelser. Rapporteringen er samordnet med øvrige tilskudd til kommunene på Sosial- og helsedepartementets område. For rapporteringsåret 2000 er opplegget forenklet og forbedret i samarbeid med bl.a. KRD og Kommunenes Sentralforbund, jf. avsnitt 3 over. 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. 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 2001 vil blant annet være at kommunen har levert tilfredsstillende rapport om bruken av 2000-tilskuddet, og at aktivitetene i den enkelte kommune økes minst tilsvarende økningen i det øremerkede tilskuddet.

Mange kommuner har oppdatert planene sine for psykisk helsearbeid. Men fortsatt er det mange kommuner som ikke kommet langt nok i dette arbeidet. Opplegget med forenklede plantall har ikke gitt de forventede resultater. Departe-

mentet vil fortsette arbeidet med å bidra til at alle kommuner skal ha oppdaterte planer. Også på dette området vil departementet i samarbeid med fylkeslegene prioritere en nærmere oppfølging av kommunene.

For å sikre at de øremerkede tilskuddene raskest mulig kan omsettes i konkrete tiltak vil første terminutbetaling i 2001 til kommunene skje som en videreføring av siste terminutbetaling i 2000, forutsatt at ikke særlige grunner tilsier noe annet. Hovedgjennomgangen av kommunenes resultater og planer vil da skje i forbindelse med utbetalingen andre termin. Dette vil også bidra til en større grad av fleksibilitet og forutsigbarhet i tildelingen av midlene slik Stortinget har bedt om.

Som kjent har Stortinget vedtatt at midlene på denne posten er overførbare fra og med 2000. I avsnitt 3 over viste en til at det ved siste årsskifte fortsatt er betydelige beløp i kommunene som ikke er brukt selv om tallet er vesentlig redusert. Departementet tar sikte på å utvikle praktiske ordninger for omfordeling av midler fra kommuner med store ubrukte midler til kommuner med gode og realistiske planer. Siste type kommuner vil dermed kunne få en raskere opptrapping. Det er imidlertid en forutsetning at alle kommuner seinest ved opptrappingsperiodens utløp skal komme opp på samme relative nivå sett i forhold til fordelingsnøkkelen i inntektssystemet ved fordelingen av tilskudd.

Resultatoppfølging og kontroll

Dette punktet ble forholdsvis inngående omtalt i budsjettproposisjonen for 2000.

Også for 2000 er det stilt som vilkår for utbetalingen av tilskott at kommunene har lagt fram tilfredsstillende rapporter for bruken av tilskuddene og at de kan dokumentere en planlagt økning i aktiviteten minst tilsvarende økningen på nivået i tilskuddet. For 2000 er resultatoppfølgningen som nevnt ovenfor forenklet og forbedret bl.a. i samarbeid med KRD og Kommunenes Sentralforbund. Den er videre sett i sammenheng med KOSTRA-rapporteringen, slik at dobbeltrapportering skal unngås. Det tas sikte på nøye å følge utviklingen av de ulike kommunale tiltakene i opptrappingsplanen gjennom denne oppfølgingen bl.a. gjennom samarbeid med fylkeslegene (kommunerådgiverne).

De sentrale virkemidlene for å følge opp de nasjonale målene er kommunenes rapportering om bruken av de øremerkede midlene, og at de skal utarbeide lokale handlingsplaner. Kommunenes planer for utbygging av tjenester skal innarbeides i kommunenes overordnede planer (økonomi- og kommuneplaner). Videre oppfølging av kommunene på dette området og av utviklingen generelt når det gjelder psykisk helsearbeid er en prioritert oppgave. Fylkeslegene har hatt og vil ha en viktig rolle. Også fylkesmennene deltar i dette arbeidet.

Ellers vises til omtalen i budsjettproposisjonen for 2000.

Post 63 Tilskudd til styrking av psykisk helsevern i fylkene, kan overføres

Formål og oppgaver

I Opptrappingsplanen er det lagt opp til en kraftig kvantitativ og kvalitativ styrking – også av fylkeskommunale spesialisttjenester til voksne og til barn og ungdom.

Opptrappingsplanen innebærer en styrking av psykisk helsevern svarende til om lag 2,1 mrd. kroner i økte driftsutgifter (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. Fylkeskommunene 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 (utenom eksisterende refusjonsordninger for poliklinikker og privatpraktiserende spesialister) vil hovedsakelig bli fordelt etter objektive kriterier i tråd med inntektssystemets kostnadsnøkkel for den fylkeskommunale helsetjenesten.

Virkemidler

Det ble for 2000 bevilget 627,9 mill. kroner i generelt øremerket tilskudd til styrking av fylkeskommunalt psykisk helsevern over kap. 743, post 63. I tillegg ble bevilgningen over kap. 730, post 61 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv. økt med 30 mill. kroner for å dekke økt psykiatrisk poliklinisk virksomhet. Dette

innebærer en økning på 155 mill. kroner i forhold til vedtatt budsjett for 1999 som er disponert slik:

Øremerket tilskudd fordelt på objektive kriterier	117 mill. kroner
Økte poliklinikkrefusjoner (kap. 730, post 61)	30 mill. kroner
Kompetansesentre for sikkerhets-, retts- og fengselspsykiatri	5 mill. kroner
Grupper med særlige behov	3 mill. kroner

I beløpet på 117 mill. kroner inngår midler for tilrettelegging av tilbud til personer som dømmes til behandling.

Det er forutsatt i Opptrappingsplanen at det skal være politisk vedtatte planer før midlene kommer til utbetaling. Departementet står bl.a. gjennom sekretariatet for omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern i nær kontakt med fylkeskommunene for å bidra til hensiktsmessige planer for gjennomføring av opptrappingsplanen og for å sikre gode rutiner i oppfølgingen av bruk av de øremerkede tilskudd.

Planene skal inneholde:

- dokumentasjon av behov for tjenester fra psykisk helsevern
- beskrivelse av status i forhold til oppsatte mål i opptrappingsplanen og stortingsmeldingen
- vurdering av udekkede behov mht. Omfang og innhold i tjenestetilbudet, herunder personellbehov
- oversikt over forslag til omstrukturerings-, utbyggings- og personelltiltak
- økonomiske konsekvenser og finansieringsplan.

Fristen for innsendelse av planene var 1. januar 2000. Nærmere retningslinjer for innholdet i planene og oppfølging av opptrappingsplanen er gitt i eget rundskriv til landets fylkeskommuner. Psykisk helsevern-planene inngår som et grunnlagsmateriale for arbeidet med psykiatridelen i de regionale helseplanene.

Resultatrapportering for 1999

Fylkeskommunene ble i 1999 tildelt 495 mill. kroner i øremerkede driftstilskudd fra kap. 743, post 63. I tillegg overførte fylkeskommunene i alt ca. 95 mill. kroner fra 1997. Totalt disponerte fylkeskommunene rundt 590 mill. kroner. Fylkeskommunene har i 1999 brukt ca. 520 mill. kroner av det disponible beløpet. Dette tilsvarer nærmere 90 pst. i 1999 mot ca. 80 pst. i 1998. Resten er overført til 2000.

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 1999. Foreløpige tall fra SAMDATA-arbeidet. Juni 2000" fra SINTEF Unimed NIS.

Ressursbruk

Tabell 13.32Finansiering av psykisk helsevern. Løpende priser. Prosent endring er korrigert for lønns- og prisstigning med 3,7 prosent. (Foreløpige tall)

	1998		1999		Pst. endring
Finansiering og forbruk	Mill. kroner	Pst.	Mill. kroner	Pst	1998-99
Totalt	7281	100,0	7964	100,0	5,5
Finansiert av staten	1091	15,0	1284	16,1	13,5
Finansiert av fylkeskom.	5975	82,1	6465	81,2	4,3
Salgsinntekter m.v.	214	2,9	215	2,7	-3,1
Brukt på voksenpsykiatri	6373	87,5	6992	87,8	5,8
Brukt på barne- ungd.psyk.	907	12,5	972	12,2	3,3

Om datagrunnlaget: Tallene for 1999 er foreløpige tall, siden kvalitetskontrollen formelt ikke er avsluttet.
Kilde: SINTEF-Unimed/NIS.

Tabell 13.33Behandlede pasienter (Foreløpige tall)

	1993	1995	1996	1997	1998	1999
Polikliniske konsultasjoner voksenpsykiatrien	373 000	437 000	438 500	445 600	476 200	517 000
Antall institusjonsopphold i voksenpsykiatri	28 290	29 870	31 731	33 167	34 300	35 800
Polikliniske konsultasjoner i barne- og ungdomspsykiatri				142 000	148 000	158 000
Antall institusjonsopphold i barne- og ungd.psyk.	1 262	1 164	1 182	1 170	1 490	1 430[1)]

1) Tallet er antakelig for lavt. Endelig kvalitetssikring av tallgrunnlaget gjenstår.
Kilde: Kilde: SINTEF-Unimed/NIS

Tabell 13.32 viser en realvekst på 5,5 pst. i brutto driftsutgifter til psykisk helsevern fra 1998 til 1999. Tilsvarende tall for realveksten fra 1997 til 1998 var 3.8 pst. Fylkeskommunene finansierer 81 pst. av driftsutgiftene i 1999. Dette er en noe lavere andel enn i 1998 og skyldes veksten i de statlige øremerkede tilskudd. I 1999 dekket staten 16,1 pst. av utgiftene mot 15 pst. i 1998. Men også den fylkeskommunale egeninnsatsen øker. Fra 1998 til 1999 økte fylkeskommunene netto utgifter til psykisk helsevern med 4,3 pst. Tilsvarende tall for økning i netto utgifter fra 1997 til 1998 var 3,3 pst.

Netto driftsutgifter per innbygger til psykisk helsevern økte med 2.7 pst. fra 1998 til 1999, samme vekst som fra 1997 til 1998. Det er store variasjoner mellom fylkeskommunene. Troms, Nord-Trøndelag og Oslo har ut fra de foreløpige tallene en kraftig vekst, mens Buskerud, Aust-Agder og Sør-Trøndelag ser ut til å ha en nedgang.

Behandlingskapasitet

Som det går fram av tabellen ovenfor har behandlingskapasiteten i psykisk helsevern økt vesentlig, både for voksne og for barn og ungdom.

Antall institusjonsopphold er definert som Antall utskrivninger fra institusjon (heldøgnsopphold) i løpet av året pluss antall heldøgnspasienter i institusjon pr 31.12.

Med polikliniske konsultasjoner menes refusjonsberettigede konsultasjoner rapportert til SSB. Dette gjelder både voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri.

Innen psykisk helsevern for voksne har antall refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner økt med 8,6 pst. fra 1998 til 1999, og antall institusjonsopphold er økt med 4,4 pst. Det er en svak nedgang i antall heldøgnsplasser for voksne. Totalt sett er det rapportert omlag 140 færre heldøgnsplasser ved utgangen av 1999 i forhold til året før. Reduksjonen i plasstall er jevnt fordelt på alle fylker og har i hovedsak sin årsak i nedlegging av og omdanning av døgnplasser ved sykehjem og ettervernshjem til mer aktive behandlingsplasser. Det er imidlertid betydelige fylkesvise variasjoner i utviklingen av antall polikliniske konsultasjoner og antall institusjonsopphold.

Innen psykisk helsevern for barn og ungdom økte antall saker med pasienter som fikk poliklinisk behandling med 12 pst fra 1998 til 1999, og økningen i antallet saker med pasienter som fikk døgn- og dagbehandling var 19 pst. Det er en økning i antall heldøgnsplasser for barn og ungdom. Økningen har kommet ved klinikkavdelinger, mens plasstallet ved behandlingshjem har gått ned.

Når man leggar antall saker til grunn, har 2,4 pst. av befolkningen under 18 år fått tilbud fra psykisk helsevern for barn og ungdom i 1999. Tilsvarende tall for 1998 var 2,1 pst. Det er fortsatt store fylkesvise forskjeller, fra 3,9 pst. i Finnmark og Nordland til 1,2 pst. i Sør-Trøndelag. Målsettingen i opptrappingsplanen er en dekningsgrad på 5 pst. på nasjonalt nivå.

Ved utgangen av 1999 var det 16 160 årsverk innen psykisk helsevern. Dette er en økning på 2,2 pst fra 1998. Prosentvis har antall årsverk økt mest i psykisk helsevern for barn og ungdom med 6 pst, mens økningen innen psykisk helsevern for voksne var 1,6 pst. Økningen er størst for høyskoleutdannet personell, (ca. 5 pst.) men det er også en positiv utvikling i antall årsverk for leger og psykologer (ca. 4 pst.) For behandlingspersonell uten universitets-/høyskoleutdanning er det en nedgang på ca. 5 pst. Andelen av personell i poliklinisk virksomhet i 1999 er på samme nivå som i 1998. I tillegg til tallene ovenfor kommer 566 årsverk for spesialister med driftsavtale

med fylkeskommunene, fordelt med 169 psykiater-årsverk og 397 årsverk for kliniske psykologer.

Samlet sett kan en si at det for psykisk helsevern er en positiv utvikling i behandlingskapasiteten. Særlig positiv er utviklingen i barne- og ungdomspsykiatrien der det har vært en kraftig vekst i antall saker (antall behandlede pasienter har økt noe mindre da enkelte pasienter kan ha flere saker pr. år). På nasjonalt nivå synes det som om utbygging og omstruktureringen av behandlingskjedene går i riktig retning, og at tempoet i økningen av behandlingskapasiteten samlet sett er tilfredsstillende. Det er imidlertid fortsatt store fylkesvise variasjoner i utbygging av behandlingskapasiteten.

Kompetansesentre i sikkerhets-, fengsels- og resttspsykiatri

Det er etablert kompetansesentre knyttet til de regionale sikkerhetsavdelingene. Kompetansesentrene skal ha som kjerneoppgave å styrke kompetansen når det gjelder sikkerhets- og farligproblematikk med tilknytning til alvorlig sinnslidelse, herunder sedelighetsforbrytelse og seksualisert vold. I tillegg til kompetansesenterfunksjonen ved Sør-Trøndelag psykiatriske sykehus avd. Brøset (for helseregion Midt og Nord), finansiert over kap. 730, post 62 Tilskudd til regionsykehus) er det nå også etablert kompetansesentre ved Sandviken sykehus for region Vest og Aker sykehus (Gaustad) for helseregion Sør og Øst. I 1999 ble det avsatt 5 mill. kroner til formålet over kap. 743 post 65, og beløpet ble økt til 12 mill. kroner i 2000.

Satsingsområder og resultatmål 2001

Det generelle øremerkede tilskuddet til fylkeskommunene foreslås videreført og økt i 2001. Tilskuddsmidlene vil hovedsakelig bli fordelt i tråd med inntektssystemets kostnadsnøkkel for den fylkeskommunale helsetjenesten.

Som kjent har Stortinget vedtatt at midlene på denne posten er overførbare fra og med 2000. I avsnitt 3 over 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 vurderer å få til en ordning der fylkeskommuner som kan dokumentere en raskere opptrapping av behandlingskapasiteten kan få en raskere vekst i de øremerkede driftstilskudd enn hva dagens fordelingsmåte vil gi. Det er imidlertid en forutsetning at alle fylkeskommuner seinest ved opptrappingsperiodens utløp skal komme opp på samme relative nivå sett i forhold til fordelingsnøkkelen i inntektssystemet ved fordelingen av tilskudd.

Det stilles som vilkår for utbetaling av øremerkede tilskudd over kap. 743, post 63 er at det foreligger en tilfredsstillende plan for fylkeskommunens gjennomføring av opptrappingsplanen, og at tilskuddsmidlene nyttes på en måte som gir reell kvalitetsforbedring og aktivitetsøkning i henhold til opptrappingsplanens intensjoner.

Pr. august 2000 er det sendt inn planmateriale fra 18 fylkeskommuner, for noen av disse er materialet ikke fullstendig. En fylkeskommune ferdigstiller planarbeidet i løpet av høsten 2000. 3 planer er per 1. september godkjent av departementet, og de øvrige vil bli ferdigbehandlet innen utløpet av 2000.

Departementet følger opp fylkeskommunenes bruk av de øremerkede tilskuddene gjennom særskilt rapportering, gjennom SAMDATA-rapportene fra SINTEF-Unimed NIS og i direkte dialog med den enkelte fylkeskommune. Dersom fylkeskommunene ikke oppfyller vilkårene for utbetaling av tilskudd, kan midler holdes tilbake. Bevilgningen er av denne grunn gjort overførbar.

For å kunne nå Opptrappingsplanens mål for økt behandlingskapasitet er det nødvendig at både den utøvende tjenesten og fylkeskommunene har et sterkt fokus på hvordan ressursene utnyttes. På oppdrag fra departementet har Helsetilsynet foretatt en evaluering av arbeidsformer og produktivitet ved voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Evalueringen viste et betydelig potensiale for forbedringer. Mye kan oppnås med mer hensiktsmessige måter å organisere arbeidet på. Dette arbeidet blir fulgt opp bl.a. ved utarbeidelse av en veileder om organisering og arbeidsformer i poliklinikker.

Resultatmål og fylkeskommunale plantall for omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern er nærmere omtalt nedenfor under post 64 og 65.

Det er under denne bevilgningen også satt av midler til utbygging av kompetansesentre ved de regionale sikkerhetsavdelinger. I henhold til avtale mellom Sosial- og helsedepartementet og Sør-Trøndelag fylkeskommune er det gitt tilskudd til regional sikkerhetsavdeling herunder kompetansesenterfunksjonen. Tilskuddet er hittil dekket over kap. 730, post 62 Tilskudd til regionsykehus. Tilskuddsbeløpet for 2000 var 6,5 mill. kroner. På bakgrunn av at partene er enige om at

avtalen reforhandles som et ledd i styrking av kompetansesenterfunksjonen er tilskudd til regional sikkerhetsavdeling fra 2001 dekket over kap. 743, post 63.

I Opptrappingsplanen er det lagt inn driftsmidler til styrking av tilbud til personer med psykiske lidelser i den samiske befolkningen. Dette vil bli fulgt opp i forbindelse med behandlingen av psykiatriplanen 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.

Fylkeskommunenes planer skal også omfatte tiltak for å sikre tilstrekkelig personell med riktig kompetanse, og tilskuddsmidlene kan nyttes til kompetansehevingstiltak.

Det avsettes midler til en forsøksordning med tannhelsetilbud til hjemmeboende personer med psykiske lidelser. Ordningen forutsettes startet opp i 2001.

Resultatoppfølging og kontroll

Resultatoppfølgingen for øremerkede tilskudd til fylkeskommunene foregår gjennom årlig rapportering for bruken av disse midlene til departementet. Fylkeslegene er også koblet inn i arbeidet med gjennomgang av disse rapportene. Sekretariatet har en viktig oppgave i systematisering og oppfølging av resultatrapporteringen. Innholdet i rapporteringen er knyttet opp mot de retningslinjer/føringer som har vært gitt fylkeskommunene i årlige rundskriv. Rapporteringen fra fylkeskommunene er samordnet med informasjon om den samlede innsats innen psykisk helsevern fra annen aktuell statistikk (fra Samdata psykiatri (SINTEF-NIS) og Statistisk sentralbyrå (SSB)).

Post 64 Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern for voksne, kan overføres, kan nyttes under post 65

Formål og hovedprioriteringer

Det er store strukturproblemer innen psykisk helsevern for voksne, bl.a. med feilplassering av mange pasienter. Det er også i en del tilfelle problemer mht. kapasiteten. I sykehusavdelingene er det et stort antall pasienter som burde vært ved andre avdelingstyper, og ved langtidsinstitusjonene er det et stort antall pasienter som primært trenger kommunal omsorg.

Det er derfor behov for omstrukturering og styrking av psykisk helsevern til voksne. Disse tjenestene skal ut fra Stortingets behandling av meldingen om psykisk helse omfatte psykiatriske sykehusavdelinger, distriktspsykiatriske sentre (DPS'er) og privatpraktiserende spesialister. Psykiatriske sykehjem skal enten omgjøres til mer behandlingsorienterte enheter under DPS'er, eller trappes gradvis ned etter hvert som de kommunale omsorgstjenestene bygges ut. Sosialkomiteens forutsetninger, jf. Innst. S. nr. 258 (1996-97) blir her lagt til grunn.

Personer med langvarige psykiske lidelser vil oftest trenge både spesialisthelsetjenester og alminnelige helse- og sosialtjenester. En grunnleggende forutsetning for å legge større deler av ansvaret for tilbudet til mennesker med psykiske lidelser til det kommunale tjenesteapparatet, er at de spesialiserte helsetjenester gis en utforming som gjør dem lett tilgjengelige og enkle å tilpasse den enkelte brukers situasjon.

Opptrappingsplanens mål for styrking og omstrukturering av det fylkeskommunale tilbudet til voksne i løpet av planperioden 1999-2006 kan oppsummeres slik:

Kvantitativ styrking:

- antall døgnplasser for aktiv behandling økes med 1 185 utover dagens nivå (1 025 flere plasser i de distriktspsykiatriske sentrene (DPS) og 160 nye plasser i psykiatriske sykehus til personer som dømmes til psykisk helsevern)
- antall dagopphold i distriktspsykiatriske sentre økes med ca. 90 000 (50 pst. økning)
- den samlede polikliniske kapasiteten økes med ca. 450 000 konsultasjoner (50 pst. økning)
- antall plasser i psykiatriske sykehjem reduseres, men i et lavere tempo enn tilveksten av fylkeskommunale døgnplasser for aktiv behandling slik at det gjennom planperioden også totalt sett vil være en netto økning av antall døgnplasser (summen av antall plasser for aktiv behandling og antall sykehjemsplasser).

Kvalitativ styrking:

- en betydelig økning av bemanningen i psykisk helsevern for voksne (økning med ca. 2300 årsverk i løpet av planperioden)
- bemanningsøkningen per plass i DPS'ene vil styrke behandlingen der
- økt innslag av leger, psykologer og høyskoleutdannet personell (andelen denne gruppa under ett utgjorde i 1996 ca. 52 pst., mens andelen

i den planlagte økningen i løpet av planperioden vil ligge på ca. 72 pst.)
- utbygging av mer spesialiserte tjenester for pasienter med særlige behov

Virkemidler

For 2000 er det bevilget 49 mill. kroner til utbygging og omstrukturering av psykisk helsevern for voksne. Midlene fordeles til fylkeskommunene etter søknad.

Opptrappingsplanen legger til grunn at det skal investeres om lag 3,7 mrd. kroner (1998-kroner) i fylkene i løpet av planperioden, herav ca. 2,9 mrd. kroner til psykisk helsevern for voksne. Staten dekker 60 pst. av godkjente investeringskostnader innenfor denne rammen. En slik statlig refusjonsandel oppnås delvis ved kontanttilskudd, og delvis ved at dagens kapitalrefusjonsordning for somatiske sykehus fra 1. januar 1999 også omfatter psykiatriske sykehus. Resten av investeringskostnadene innenfor rammen (40 pst.) vil fylkeskommunene få dekket gjennom en styrking av frie inntekter.

Planer og prosjektsøknader skal behandles og godkjennes av Sosial- og helsedepartementet. Det er etablert et særskilt sekretariat i departementet for å ivareta disse oppgavene.

I tillegg til bevilgningene over denne posten er fylkeskommunenes frie inntekter under Kommunal- og regionaldepartementets budsjett kap. 572 rammetilskudd til fylkeskommunene styrket.

Resultatrapportering

I budsjettet for 1999 ble det bevilget 38 mill. kroner i investeringstilskudd til psykisk helsevern for voksne. Fra og med 1999 er investeringstilskudd utbetalt ved ferdigstillelse. Fylkeskommunene mottok etter søknad 31 mill. kroner fra post 64 i 1999 til ferdigstilte prosjekter. Av dette beløpet gikk ca. 19 mill. kroner til distriktspsykiatriske sentre og ca. 12 mill. kroner til fullføring av tre sykehusprosjekter.

Satsingsområder og mål for 2001

I Opptrappingsplanen er de samlede investeringene i voksenpsykiatrien på 2902 mill. kroner fordelt med 320 mill. kroner til ombygging og nybygg av 251 døgnplasser i sykehus, 2334 mill. kroner til 2065 DPS-plasser (1133 plasser i nybygg) og 346 mill. kroner til 160 sykehusplasser for personer som dømmes til behandling. Til fratrekk kommer 98 mill. kroner som ble bevilget i 1998.

Av det planmaterialet som er mottatt fra fylkeskommunene går det fram at det planlegges investert for ca. 3 mrd. kroner i voksenpsykiatrien i løpet av perioden 1999-2006. Tallmaterialet er foreløpig, idet fullstendige plantall mangler for flere fylkeskommuner. I de planene som hittil er behandlet i departementet ligger de planlagte investeringene over det som kan forventes å bli dekket innenfor rammen for tilskudd gjennom opptrappingsplanen. Det må derfor antas at de endelige plantall for investeringer vil ligge godt over opptrappingsplanens ramme. I noen fylker er det behov for omfattende fornyelse av bygningsmassen ved de psykiatriske sykehusene/sykehusavdelingene. I sum er dette langt mer omfattende enn det som er lagt inn i beregningsgrunnlaget for Opptrappingsplanen. Dersom disse prosjektene skal dekkes innenfor opptrappingsplanens rammer for særskilte investeringstilskudd vil det ikke gi rom for utbygging av distriktspsykiatriske sentre og barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner i de aktuelle fylkene. Departementet legger derfor opp til at realiseringen av slike prosjekter vurderes i sammenheng med andre større utbyggingsbehov på sykehussektoren.

Av planmaterialet ser det ut til at ca. 40 pst av investeringene vil bli foretatt i 2001 og 2002 med en topp i 2002, og de gjenstående 54 pst fra 2003-06. På bakgrunn av erfaringer med framdrift av byggeprosjekter antar departementet at en enda større del av investeringene vil bli foretatt i siste halvdel av opptrappingsperioden. I budsjettforslaget for 2001 er det derfor lagt inn en svakere økning i investeringstilskuddene enn det de fylkeskommunale plantallene skulle tilsi.

Post 65 Utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom, kan overføres, kan nyttes under post 64

Formål og hovedprioriteringer

Barne- og ungdomspsykiatrien er et fagfelt som fortsatt trenger betydelig styrking. I tillegg til utbygging av institusjonsplasser er det behov for økt kapasitet til konsultasjon og veiledning til andre kommunale og fylkeskommunale helse- og sosialtjenester. For å ivareta mange barn og unges behov er det viktig at barne- og ungdomspsykiatrien bidrar til et fleksibelt og velfungerende samarbeid med andre tjenester som barnevernet,

pediatrien, rusmiddelomsorgen og voksenpsykiatrien.

Om lag 22 500 barn og unge, eller ca. 2 pst. av alle under 18 år, fikk et behandlingstilbud i 1996. Stortinget har særskilt bedt Regjeringen om i samarbeid med fylkeskommunene medvirke til at barne- og ungdomspsykiatrien bygges ut til en tilfredsstillende dekningsgrad. (Innst. S. nr. 258 (1996-97) vedtak IV).

Det er tatt utgangspunkt i en økning av dekningen av tjenestene til befolkningen i aldersgruppen 0-18 år fra 2 pst. til 5 pst. Denne økningen er i samsvar med allment aksepterte faglige anbefalinger.

Dette innebærer en økning fra ca. 22 500 til ca. 50 000 barn og unge som skal gis et tilbud.

I Opptrappingsplanen foreslås tjenestene til barn og ungdom bygget ut i løpet av perioden 1999-2006 med

- 205 flere døgnplasser til ungdom og omgjøring av behandlingshjem til klinikker med mer aktiv behandling
- 265 flere dagplasser for barn og unge
- 400 flere fagpersoner til poliklinisk virksomhet. (medregnet 50 pst. økning av produktiviteten i poliklinikkene gir dette rom for 166 pst. flere konsultasjoner)

Statistikk for ulike typer av plasser gir et ufullstendig uttrykk for hva som er tilgjengelig av tjenester i fylkene. Barn og unge har behov for fleksible tjenester, og andre tjenester enn døgnplasser er mer relevant for mange grupper. Følgende funksjoner bør være dekket i alle fylker, eventuelt i samarbeid med annet fylke:

- mulighet til å ta hånd om ungdom på døgnbasis, både når situasjoner oppstår akutt og når det er behov for noe lengre tids kvalifisert behandling med skjerming og regulering av adferd
- mulighet til å arbeide konsentrert (daglig) med barn, både for å foreta tidsavgrenset observasjon og utredning, og for å yte noe lengre tids behandling som er intensiv nok
- mulighet for konsentrert og systematisk evaluering av samspill og omsorg i familier
- all behandling skjer med aktiv medvirkning fra brukeren, og det gis god nok informasjon til at dette kan gjennomføres

Hovedtyngden av de fylkeskommunale tilbudene bør fortsatt være polikliniske. De regionale helseplanene må omfatte psykisk helsevern for barn og ungdom, og planene må vise hvordan alle fylker i regionen skal få dekket tjenester utover de som ytes av de vanlige poliklinikkene.

Virkemidler

I Opptrappingsplanen er det forutsatt at det skal investeres for ca. 880 mill. kroner til psykisk helsevern for barn og unge i perioden 1999-2006. Finansieringsordningene vil være de samme som for voksne, og det vises til omtale ovenfor under post 64.

I 2000 er det bevilget 126 mill. kroner til utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom. Midlene fordeles til fylkeskommunene etter søknad. Over denne bevilgningen har departementet også gitt tilskudd til driftsutgifter til enkeltprosjekter. Denne ordningen er videreført også i 2000, men beløpet blir gradvis nedtrappet og erstattet med økning i det generelle øremerkede tilskuddet over post 63. Tilskuddsbeløpet for 1999 vil bli nedtrappet med 1/3 i 2000 og 1/3 i 2001.

Resultatrapportering

I budsjettet for 1999 ble det bevilget 145 mill. kroner i tilskudd til utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom. Fra og med 1999 er investeringstilskudd utbetalt ved ferdigstillelse. Fylkeskommunene mottok etter søknad 53 mill. kroner hvorav ca. 15 mill. kroner i 1999 til ferdigstilte prosjekter og 38 mill. kroner til drift. Mindreforbruket av tilskuddsmidler skyldes hovedsakelig at det har tatt lengre tid å prosjektere og realisere utbyggingsprosjekter enn tidligere antatt. Også for 2000 ligger det an til et betydelig mindreforbruk.

Som det går fram av resultatrapporteringen i omtalen under post 63 var det en kraftig økning i behandlingsaktivitetet i barne- og ungdomspsykiatrien fra 1998 til 1999, både poliklinisk og dag-/døgnbehandling. Økningen var størst i døgn- og dagbehandlingskapasiteten. Antall heldøgnsplasser i klinikkavdelinger økte med 12 fra 167 til 179, mens antall plasser i behandlingshjem gikk ned med 6 fra 155 til 149. Fra 1995 til 1999 er antall heldøgnsplasser i barne- og ungdomspsykiatrien økt fra 279 til 328, en økning på 18 pst.

Over denne tilskuddsbevilgningen er det også gitt tilskudd til undervisningsbygg.

Satsingsområder og mål for 2001

Av det planmaterialet som er mottatt fra fylkeskommunene går det fram at det planlegges

investert for ca. 900 mill. kroner i barne- og ungdomspsykiatrien i løpet av perioden 1999-2006. Tallmaterialet er foreløpig, idet fullstendige plantall mangler for flere fylkeskommuner. Det må derfor antas at de endelige plantall for investeringer vil ligge over opptrappingsplanens ramme.

Av planmaterialet ser det ut til at over 50 pst av investeringene vil bli foretatt i 2001 og 2002 med en topp i 2002, og de gjenstående 30 pst fra 2003-06. På bakgrunn av erfaringer med framdrift av byggeprosjekter antar departementet at en enda større del av investeringene vil bli foretatt i siste halvdel av opptrappingsperioden. I budsjettforslaget for 2001 er bevilgningen derfor redusert vesentlig mot en tilsvarende økning i tilskudd til drift over kap. 743 post 62 og post 63, jf. det som er sagt under pkt. 3 ovenfor om mindreforbruk av bevilgede investeringstilskudd.

Post 70 Tilskudd til forskning, videre- og etterutdanning, kan overføres, kan nyttes under post 60

Formål og hovedprioriteringer

Forskning, oppdatering av kunnskap, ny kunnskap og spredning av denne er grunnleggende for kompetanseheving og utvikling av bedre behandlingstilbud. Å sikre tilgang på kvalifisert personale innen området psykisk helse gjennom grunn-, etter- og videreutdanning er et annet felt som er prioritert under denne posten.

Økt brukermedvirkning 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. Kompetansestyrking og spredning om brukermedvirkning, selvhjelp og brukertiltak vil også prioriteres.

Økt informasjon og bevisstgjøring om psykisk helse til befolkningen og utvalgte grupper prioriteres under denne posten. Det gjennomføres en omfattende informasjonssatsning for å øke kunnskapen i befolkningen og skape større åpenhet om psykisk helse.

Virkemidler

Støtte til kompetansehevende tiltak og kunnskapsutvikling m.v.

For å bedre tilbudet til personer med psykiske lidelser, er det behov for både å øke tilgangen av de grupper av spesialutdannet personell det er mangel på generelt, bidra til en bedre geografisk fordeling av disse samt øke kompetansen hos helse- og sosialpersonell og ufaglærte i kommuner og fylkeskommuner.

Det er betydelig underdekning av psykiatere og barne- og ungdomspsykiatere både i forhold til dagens situasjon og i forhold til målene i opptrappingsplanen. Det legges opp til desentralisert videre- og etterutdanning for å skape levende fagmiljøer lokalt, bidra til lokal rekruttering og stabilitet i stillingene.

Det er stor mangel på høgskoleutdannet personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Over Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementets budsjett er det bevilget midler til oppretting av studieplasser i tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid. Det vektlegges at det opprettes fordypninger også for andre grupper enn de som tidligere har hatt tilgang til videreutdanning, og at det gis tilbud om desentrale og deltids studieplasser.

Det gis særskilte midler til kvalifiseringstiltak for ufaglærte og personell med helse- og omsorgsfag fra videregående opplæring.

Det er behov for å øke forskningsaktiviteten på alle områder når det gjelder psykiske lidelser. Forskningsresultatene skal danne grunnlaget for et mer spesialisert behandlingstilbud. I opptrappingsplanen foreslås en økning i tilskudd til forskningsformål på 40 mill. kroner i løpet av planperiodens åtte år til bl.a. schizofreniforskning, statistikkutvikling for å styrke kunnskapsgrunnlaget, og til et program for evaluering av opptrappingsplanen. Forskningen skal heve kunnskapsnivå og vitenskapelige status og bidra til økt rekruttering til fagfeltet.

Mental-helse-programmet og Helsetjenesteforskningsprogrammet i Norges Forskningsråd er viktige virkemidler for å øke kunnskapen om psykisk helse. Midlene til disse programmene er overført til kap. 701, post 50. I tillegg gis det bl.a. midler til forskning på behandlingsmetoder ved schizofreni til Rogaland fylkeskommune (TIPS-prosjektet).

Utredninger og statistikkutvikling vil bedre grunnlaget for rådgivning fra sentrale myndigheter til kommuner og fylkeskommuner. For å følge effektene av opptrappingsplanen etterhvert som denne gjennomføres, og eventuelt justere bruken av virkemidlene er det i samarbeid med Norges Forskningsråd etablert et eget evalueringsprogram.

Brukertiltak

Det er viktig å styrke brukernes muligheter til å delta i utformingen av eget behandlingsopplegg og i planlegging av det offentlige behandlingstilbudet. Departementet vil medvirke til økt brukermedvirkning og deltagelse på flere felt:

- 01.01.2001 trer de nye helselovene i kraft. Disse vektlegger økt brukermedvirkning
- alle kontrollkommisjonene for institusjoner innen psykisk helsevern skal oppnevne minimum et medlem som representerer brukernes interesser.
- det skal være brukerrepresentasjon i kvalitetsutvalg ved institusjoner
- departementet har siden 1998 gitt midler til bruker- og pårørende organisasjoner innen psykisk helse feltet. Det foreslås at bruker- og pårørende organisasjoner fortsatt gis økte muligheter til organisasjonsoppbygging, organisere brukerstyrte tiltak og selvhjelpsarbeid samt drive aktiv informasjonsvirksomhet
- det er inngått avtale med Mental Helse Norge om å utarbeide et forprosjekt til et nettverk for å styrke kunnskap og kompetanse samt aktiv spredning av denne, om brukerrelaterte områder som brukermedvirkning, brukerkompetanse, selvhjelp, brukerbaserte tjenester og brukerstyrte tiltak. Forprosjektet utarbeides i samarbeid med de øvrige brukerorganisasjonene innen psykisk helse. Det foreslås å satse på et slikt nettverk.

Det har vist seg å være stort behov for hjelpetelefoner. Mental Helses Hjelpetelefon hjelper mennesker med psykiske lidelser som er i akutte kriser, eller som trenger hjelp til å finne frem i hjelpeapparatet. Sosial- og helsedepartementet og Mental Helse Norge inngikk i 1997 en avtale om videre drift av Mental Helse Norges Hjelpetelefon. Avtalen revideres og tiltaket videreføres.

Informasjon

Økt informasjonsvirksomhet om psykisk helse, psykiske lidelser og tjenestetilbudene er et satsingsområde. Publikum generelt, brukere, pårørende, fagpersonell og andre grupper trenger mer informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser. Departementet har utarbeidet en overordnet informasjonsstrategi og hvert år skal det gjennomføres omfattende informasjonstiltak rettet mot befolkningen eller grupper av befolkningen over hele landet. Formålet er å øke befolkningens forståelse av egen psykiske helse, kunnskap om psykiske lidelser og tjenestetilbudene, samt å redusere fordommer om mennesker som har eller har hatt denne sykdommen.

Departementet går inn for å satse på ulike informasjonstiltak som f.eks. kampanjer, men vil spesielt satse på tiltak som systematisk bedrer informasjon og kommunikasjon om gjeldende temaområder.

3-årig oppfølgingsprosjekt av Handlingsplan mot selvmord

Handlingsplan mot selvmord ble avsluttet ved utgangen av 1999. Et nytt treårig oppfølgingsprosjekt ble etablert 1. januar 2000 hovedsakelig begrunnet i behovet for å sikre at den kompetansen som var bygget opp ble opprettholdt og videreutviklet. De viktigste elementene i oppfølgingsprosjektet er videreføring av driften ved det nasjonale kompetansesenteret, Seksjon for selvmordsforskning og forebygging ved Universitetet i Oslo, og de tre regionale ressursmiljøer knyttet til hver av de øvrige helseregionene. Arbeidet med å sikre gode oppfølgings- og behandlingsrutiner for selvmordstruende personer skal gis høy prioritet. Forskning, formidling av kunnskap og videreutvikling av faglige nettverk på regionalt og lokalt nivå er andre betydelige arbeidsoppgaver. Fra og med 2001 dekkes utgiften over opptrappingsplanen for psykisk helse.

Statens helsetilsyn har ansvaret for gjennomføring av prosjektet.

Resultatrapportering

Støtte til videre- og etterutdanning og kompetansehevende tiltak m.v.

- tilrettelagt utdanning av psykiatere og barne- og ungdomspsykiatere: i 1999 har antall kandidater i Nordland økt fra 6 til 12. Nye prosjekter i Troms og Finmark er under planlegging
- profesjonsforeninger og institutter mottok midler til spesialisert etter- og videreutdanning til personell med høyere utdanning. Til sammen står disse for et omfattende tilbud om etter- og videreutdanning til fagfeltet
- det ble startet utprøving av læreplaner for videreutdanning i psykisk helse for personell med utdanning fra videregående skole i flere fylker
- psykiatriske pasientdata basert på minste basis datasett for psykiatri er fra og med 2000 innført som obligatorisk nasjonal standard og lagt inn som en del av Norsk pasientregister.

Brukertiltak

Brukerorganisasjoner innen psykisk helse mottok i 1999 økte midler til drift. Rapporteringene viser til at organisasjonene har økt sin virksomhet, utvidet med lokallag, igangsatt informasjonstiltak etc.

Departementet har bidratt til aktivt arbeid i brukerorganisasjonene for å strukturere innsamling og spredning av kunnskap og kompetanse knyttet til brukererfart kunnskap, brukertilpassede tjenester og selvhjelp.

Stortinget ba Regjeringen i romertallsvedtak nr. 1 i Innst. S. nr. 258 fra Sosialkomiteen, å øke bevilgningen til Mental helses hjelpetelefon. Dette ble fulgt opp med en økning i bevilgningene i 1998 og aktivitetsrapportene for 1998 viste økning i antall henvendelser. Bevilgningene til hjelpetelefonen i 1999 var lik bevilgningene i 1998. I 1999 var antall henvendelser relativt lik antallet i 1998. Bevilgningene for 2000 la opp til samme aktivitetsnivå som i 1998 og 1999.

Informasjon

Departementet har utarbeidet en strategi for informasjonssatsingen knyttet til psykisk sykdom og psykisk helse. Det er bevilget midler til ulike informasjonstiltak rettet mot befolkningen generelt, barn og unge spesielt, samt andre grupper med spesielle informasjonsbehov om psykisk helse og psykiske lidelser.

Handlingsplan mot selvmord

- avslutning av lokale modellforsøk - sluttrapport foreligger fra samtlige. Arbeidet med erfaringsoverføring er godt i gang i mange fylker
- økt tverrfaglig og tverretatlig samarbeid om selvmordsforebyggende arbeid
- utarbeidet prosjektbeskrivelse for opplæringprogrammet "Førstehjelp ved selvmordsfare"
- utvikling av læremidler, blant annet den første omfattende norske lærebok om forebygging av selvmord
- videreført arbeid med systematisk kunnskapsformidling, og styrking av fagområdet suicidologi innenfor relevante utdanninger både på høgskole- og universitetsnivå
- økt suicidologisk forskningsaktivitet og økende samarbeid med internasjonale forskningsmiljøer, klar økning i norske bidrag/presentasjoner på internasjonale fagkonferanser
- landets første professorat i suicidologi er opprettet ved Universitetet i Oslo
- systematisk informasjonsarbeid blant annet gjennom utgivelse av eget tidsskrift, og videreutvikling av suicidologisk database ved Universitetet i Oslo

Satsingsområder og resultatmål 2001

Støtte til videre- og etterutdanning og kompetansehevende tiltak m.v.

- ordningen med tilrettelagt utdanning av psykiatere og barne- og ungdomspsykiatere vil bli videreført og utvidet. Resultatmål: økning i antall nye kandidater som påbegynner spesialisering under slike ordninger i 2001, og i hvilke fylker ordningen er etablert
- videreføre ordningen som startet i 1999 med statlig lønnsdekning for tjeneste i pediatri til spesialister i barne- og ungdomspsykiatri der det er vanskelig å få slik tjeneste. Resultatmål: Antall personer som mottar statlig lønnsdekning til slik tjeneste
- stimulere til at ufaglærte kvalifiserer seg ved å ta fagbrev som omsorgsarbeidere, hjelpepleierutdanning som voksenopplæring
- som det er synliggjort i opptrappingsplanen er det mangel på psykologer innen psykisk helsevern og denne situasjonen vil vedvare også en stund etter 2006. Det er et mål å utdanne flere psykologer slik at underskuddet skal være minst mulig. SHD vil samarbeide med KUF om å bedre tilgangen til psykologer. 1,8 mill. kroner er overført til KUFs budsjett, for oppstart av 16 nye studieplasser ved Universitetet i Oslo. Det tas sikte på oppstart høsten 2001. Det har ikke tidligere vært åpnet for dette gjennom opptrappingsplanen.

Spiseforstyrrelser

En samlet strategiplan mot spiseforstyrrelser som omfatter tiltak under Barne- og familiedepartementets, Kirke, utdannings- og forskningsdepartementets, Kulturdepartementets og Sosial- og helsedepartementets område er utarbeidet. I tillegg har Statens helsetilsyn utarbeidet Retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten.Den enkelte helseregion har ansvar for at retningslinjene gjøres kjent og tas i bruk av behandlere og annet helsepersonell i i den enkelte region, og tilpasser disse til lokale forhold. Statens Helsetilsyn foretar en aktiv oppfølging av regionene på området. Mht. behandling forutsetter strategiplanen at kompetanse og behandlingstilbud bygges opp rundt eksisterende

kliniske avdelinger ved fylkeskommunale/regionale institusjoner. I tillegg vil det bli vurdert å legge til rette for etablering av alternative tiltak gjennom prosjektstøtte. Alternative tiltak vil bli kvalitetssikret og evaluert.

Ved gjennomgangen av de fylkeskommunale planene for psykisk helsevern og de regionale helseplanene vil departementet følge opp utbyggingen av tjenestetilbudet og styrking av kompetansen når det gjelder personer med spiseforstyrrelser. Det vil bli lagt vekt på at fylkeskommunene og regionene i sitt videre arbeid følger opp de konkrete anvisningene som er gitt i regjeringens strategiplan.

Strategiplanen forutsetter at fylkeskommunene etablerer utrednings- og behandlingstilbud til personer med spiseforstyrrelser. Dette tilbudet anbefales organisert med et spesialteam knyttet til en sengeavdeling og en poliklinikk, samt at man sikrer at alle poliklinikker innen barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri har fagkompetente medarbeidere på området. Det anbefales videre at man utbygger faglige nettverk som omfatter samarbeide om veiledning og kompetanseøkning i primærhelsetjenesten. Det anbefales også at helseregionene gjennom det regionale planarbeidet skal peke ut et sykehus som skal gi høyspesialisert behandling i samarbeid med fylkeskommunale spesialteam og annet kompetent helsepersonell i behandling, veiledning og kompetansestyrking i hver region. Videre vil det bli lagt vekt på at kommunene i sitt psykiske helsearbeid også iverksetter tiltak for forebygging, tidlig intervensjon og en helhetlig tilnærming til psykiske problemer, herunder spiseforstyrrelser.

Forskning, utredning og kvalitetsutvikling

Departementet vil videreføre arbeidet med statistikkutvikling, utrednings- og forskningsarbeid, bl.a. til TIPS-prosjektet/Rogaland fylkeskommune. Det er avsatt 5 mill. kroner i økning til Norges Forskningsråds programmer for Mental helse og Helsetjenester og helseøkonomi.

Samarbeidet med Norges Forskningsråd om gjennomføring av evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse videreføres. Evalueringsoppdraget har i henhold til inngått avtale en årlig ramme på ca. 5 mill. kroner.

Brukertiltak

Bruker- og pårørendeorganisasjoner innen psykisk helse feltet skal fortsatt gis økte muligheter for aktiv brukermedvirkning, tilrettelegging av selvhjelpsarbeid og etablering brukerdrevne tiltak i kommuner og fylkeskommuner. Departementet vil medvirke til å styrke dette arbeidet.

Departementet vil arbeide med å sikre etableringen av et nasjonalt nettverk for kunnskap og kompetanse om brukerbaserte erfaringer, brukerdeltagelse, selvhjelp etc. Nettverket skal også bidra til at kunnskap og kompetanse på dette feltet blir tilgjengelig og spres til både brukere, pårørende, fagfolk, ulike tjenesteytere inne psykisk helse, kommuner og fylkeskommuner m.fl. Dette arbeidet skal skje i nært samarbeid med bruker- og selvhjelpsorganisasjonene.

Ordningen med pasientombud skal også gjelde for pasienter innen psykisk helsevern. Departementet vil bidra til at det opprettes kvalitetsutvalg med brukerrepresentasjon ved institusjoner innen psykisk helsevern.

I 2000 ble det bevilget 5,2 mill. kroner til Mental Helses Hjelpetelefon. Hjelpetelefonen holder nå døgnkontinuerlig drift bemannet med to personer per skift. Bevilgningen økes med 0,5 mill. kroner til 5,7 mill kroner. i år 2001.

Informasjon

Departementet har utarbeidet en informasjonsstrategi. Hvert år det skal gjennomføres landsomfattende informasjonstiltak rettet mot befolkningen generelt samt ulike informasjonstiltak rettet mot utvalgte grupper. I 2001 skal bl.a. informasjonstiltak knyttet til psykisk helse og sykdom rettes spesielt mot unge mennesker og mennesker i arbeidslivet.

Det foreslås å øke bevilgningen til informasjon og brukertiltak med 3 mill. kroner.

Kompetansesenter for voldsofferarbeid

Kompetansesenter for voldsofferarbeid ble etablert som et fireårig prøveprosjekt i 1996. Senteret samfinansieres av Barne- og familiedepartementet, Justisdepartementet og Sosial- og helsedepartementet. Hovedmålsettingen har vært å styrke voldsofrenes stilling ved å forbedre offentlige myndigheters tilbud til- og behandling av voldsofre. Videre har senteret blant annet hatt som oppgave å frembringe kunnskap om volden som fenomen og de psykologiske følger av voldsutøvelse. Fokus har i prosjektperioden særlig vært rettet mot eldre og barn som utsettes for vold og overgrep. Kompetansesenteret ble evaluert i 1998 og evalueringsrapporten konkluderer

med at senteret bør videreføres i en ny periode. I samarbeid med Barne- og familiedepartementet og Sosial- og helsedepartementet har Justisdepartementet utarbeidet et revidert mandat for driften av Kompetansesenteret for en fornyet prosjektperiode på tre år. Bevilgningen over kap. 743, post 70 foreslås videreført i 2001.

Handlingsplan mot selvmord

- forskning- og forebyggingsinnsats rettet inn mot grupper som er særlig utsatte for selvmord. Resultatmål: Antall igangsatte tiltak og forebyggingsprosjekter
- i samarbeid med andre aktører skal de regionale ressursmiljøer ha en aktiv pådriverrolle når det gjelder arbeidet med å få etablert systematiske oppfølgingsrutiner for mennesker som er i selvmordskriser. Dette innebærer blant annet å bistå lokale aktører med veiledning og faglig nettverk. Resultatmål: Antall helseinstitusjoner som har etablert rutiner og inkludert disse i sine kvalitetssikringssystemer
- kunnskapsutvikling og formidling blant annet gjennom videreutvikling av suicidologisk tidsskrift og database, samt regionale opplæringstiltak
- videreutdanning i suicidologi. Resultatmål. Antall personer som tas opp og fullfører utdanningen
- videreføring av opplæringsprogrammer "Førstehjelp ved selvmordsfare". Resultatmål: Antall kursledere som læres opp, og antall kursdeltagere. Spredningseffekt av tiltaket

Post 72 Tilskudd til Modum Bads Nervesanatorium

Institusjonen er godkjent etter bestemmelsene i sykehuslovens § 1, annet ledd. Modum Bads Nervesanatorium har en viktig funksjon innen 2. linjetjenesten, med et særskilt tilbud til en stor pasientgruppe. Staten dekker 90 pst. av driftsutgiftene og 10 pst. dekkes av pasientens bostedsfylke. Institusjonens behandlingstilbud for personer med spiseforstyrrelser er utvidet i 1999 og 2000. Dette følges opp i 2001.

Programkategori 10.50 Legemidler

Kategori 10.50 omfatter Statens legemiddelkontroll, apotekene ved Radiumhospitalet og Rikshospitalet og diverse tilskudds- og avgiftsordninger overfor apotekene. Tiltakene er hovedsakelig relatert til godkjenning og omsetning av legemidler.

Statens helsetilsyn har tilsynsansvaret for omsetning av legemidler. Gjennom ordningen med blå resept refunderer folketrygden utgifter til medisiner til bruk for nærmere angitte sykdommer (se kap. 2751 Medisiner m.v.).

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på kapitler:

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001	Pst. endr. 00/01
0750	Statens legemiddelkontroll (jf. kap. 3750 og 5578)	71 923	83 650	105 400	26,0
0751	Apotekvesenet (jf. kap. 3751 og 5577)	66 476	81 870	76 600	-6,4
	Sum kategori 10.50	138 399	165 520	182 000	10,0

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på postgrupper:

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001	Pst. endr. 00/01
01-23	Statens egne driftsutgifter	71 206	82 210	100 400	22,1
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	717	1 440	5 000	247,2
70-89	Andre overføringer	66 476	81 870	76 600	-6,4
	Sum kategori 10.50	138 399	165 520	182 000	10,0

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

Tilstandsbeskrivelse/resultatrapport

Legemidler er en viktig innsatsfaktor i helsevesenet. I 1999 ble det solgt legemidler for ca. 10,7 mrd. kroner, som innebar en nominell vekst fra året før på ca. 11,5 pst. Blant de tyngste enkeltkomponentene i denne veksten er refusjon av legemidler for behandling av hjerte-/karlidelser og for behandling av magesår. Det offentlige dekker ca 2/3 av utgiftene. Hovedtyngden av kostnadene er knyttet til folketrygdens refusjonsordning (blåreseptordningen), men det medgår også betydelige beløp til behandling på helseinstitusjoner (særlig sykehus).

I 1999 steg forbruket av legemidler målt i DDD (definerte døgndoser; antatt gjennomsnittlig døgndose brukt ved preparatets hovedindikasjon hos voksne) med 7,1 pst. Dette er den sterkeste forbruksvekst på mange år. Til tross for dette, ble veksten i folketrygdens utgifter til legemidler 2,6 pst i 1999. Denne moderate utgiftsveksten må ses i sammenheng med innføringen

av like egenandeler for alle over 7 år fra 1. januar 1999.

I NOU 1997:6 ble det lansert ulike løsningsforslag med sikte på å bøte på svakheter som er påvist ved dagens etableringssystem for apotek. Regjeringen la fram forslag til ny apoteklov i Ot.prp. nr. 29 (1998-99) Om lov om apotek (apotekloven) i desember 1998. Forslaget ble vedtatt av Stortinget 11. april 2000. Det legges opp til ikrafttredelse av loven 1. mars 2001.

Referanseprissystemet for legemidler ble innført i 1993. Systemet omfattet på det tidspunktet kun synonyme legemidler (generika, der patenttiden for originalpreparatet er utløpt), dvs pakninger med samme virkestoff i samme styrke og farmasøytiske form. Systemet innebar at det ble satt en øvre grense – tilsvarende prisen på billigste synonympreparat – for hvor mye trygden pliktmessig skal refundere for et preparat i en gitt gruppe legemidler. Dersom legen forskriver et preparat som koster mer enn referanseprisen, må pasienten betale mellomlegget. Dette mellomlegget – kalt referansetillegget – blir ikke registrert på egenandelskortet, og er følgelig ikke med i beregningsgrunnlaget for tildeling av frikort. Systemet ble forutsatt å gi en innsparing på 60 mill. kroner pr år.

I 1998 ble systemet utvidet til også å gjelde preparater som møtes av parallellimport. Sammen med oppdatering av systemet av 1993, ble dette forutsatt å gi en innsparing på 150 mill. kroner. Det var en målsetting at innsparingen skulle realiseres ved at forbruket ble vridd i retning av de billigere medisinene, eller prisnedgang. Systemet skulle oppdateres to ganger pr år.

I 1999 ble referanseprissystemet utvidet nok en gang. Astmamedisiner ble nå omfattet av systemet. Samtidig ble kravet om samme farmasøytiske form myket opp noe. Utvidelsen ble forutsatt å gi en innsparing på 75 mill. kroner pr år.

ECON Senter for økonomiske analyser har vært engasjert for å evaluere ordningen. Konklusjonen i rapporten er at systemet ikke har gitt de forutsatte innsparingene, og det foreslås at systemet i sin nåværende form avvikles. For nærmere omtale av evalueringen og departementets vurdering vises til kapittel 2751, post 70 Legemidler.

Parallellimport av legemidler oppstod som resultat av EØS-avtalen. Grunnlaget for parallellimportørenes virksomhet er prisforskjeller mellom EU-/EØS-landene. Parallellimportørene kjøper inn preparater i land med relativt lave priser og selger disse videre i Norge. Avvikling av referanseprissystemet vil ventelig redusere etterspørselen etter parallellimportørenes produkter noe. Ny praksis for fastsettelse av maksimalpriser for reseptpliktige legemidler, beskrevet i St.prp. nr. 61 (1999-2000), har allerede svekket rammevilkårene for parallellimporten, da prisforskjellene blir mindre mellom Norge og de land parallellimportørene handler sine produkter fra.

Legemiddelindustriens informasjons- og markedsføringsaktiviteter er meget omfattende. Det er en krevende oppgave for myndighetene å formidle produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Det er hittil opprettet fire regionale legemiddelsentra (RELIS) i denne forbindelse, de siste av disse ble opprettet i Trondheim og Tromsø i 1997. Departementet har besluttet å opprette en ny RELIS-enhet i helseregion Øst-Norge.

Virkemidler og forventede resultater

To offentlige utvalg på legemiddelområdet la fram sine utredninger tidlig i 1997. Utredningene er fulgt opp gjennom fremleggelse av Ot.prp. nr. 29 (1998-99) Om lov om apotek (apotekloven) i desember 1998. Blant de forslag som er vedtatt, er bortfall av krav om faglig eierskap til apotek, bortfall av statlig behovsvurdering ved opprettelse av apotek og anledning til generisk substitusjon dersom legen ikke aktivt har motsatt seg dette. Tiltakene er konkurransefremmende, og ventes på sikt å bidra til bedre tilgang til apotektjenester og lavere legemiddelutgifter.

Ny apoteklov vil tre i kraft 1. mars 2001. I den forbindelse trer også endringer i legemiddeloven i kraft, der det åpnes for at direktesalg fra grossist til profesjonell sluttbruker tillates i større grad. Med profesjonell sluttbruker menes bl.a. sykehjem, sykehus og liknende. Endringen medfører at profesjonell sluttbruker ikke betaler apotekavanse, noe som medfører innsparinger for disse i forhold til dagens situasjon. Tiltaket anslås å gi kommunesektoren innsparinger på 35 mill. kroner i 2001. Kommunenes rammetilskudd er derfor redusert med tilsvarende beløp til fordel for statskassen. Av dette er 5 mill. kroner foreslått brukt til å styrke driftsstøtteordningen for apotek.

For å forbedre beslutningsgrunnlaget i spørsmål om opptak av legemidler i folketrygdens refusjonsordning, er det utformet et utkast til retningslinjer for legemiddeløkonomiske analyser. Dette arbeidet er blitt utført av en gruppe bestående av representanter fra Folkehelsa, Statens legemiddelkontroll, Rikstrygdeverket, Legemiddelindustriforeningen og departementet. Arbeidet er blitt ledet av Statens legemid-

delkontroll. I utkastet legges det opp til at produsenten ved søknad om refusjon også må stille til disposisjon helseøkonomisk dokumentasjon for preparatet det søkes refusjon for. I en overgangsperiode vil innlevering av slik dokumentasjon ikke være en absolutt forutsetning for refusjon.

Retningslinjene er nå tatt i bruk fra 1.1.2000 for en prøveperiode på 2 år. Praktiseringen vil bli evaluert.

ECON Senter for økonomiske analyser anslo på basis av spørreundersøkelse blant et utvalg av landets apotek i sin evaluering av referansepris-systemet at apotekene har hatt kostnader forbundet med håndteringen av referanseprissystemet på 39 mill. kroner. Kostnadene er beregnet ut fra apotekenes opplysninger om tidsbruk ved oppfølging av referanseprissystemet. Til tross for at referanseprissystemet har påført apotekene ekstra kostnader, har resultatveksten vært god. Når systemet nå foreslås avviklet, er det grunnlag for å justere avansene. Departementet vil derfor justere apotekenes avanser fra 1. januar 2000, tilsvarende en innsparing for folketrygden på 20 mill. kroner.

Kap. 0750 Statens legemiddelkontroll (jf. kap. 3750 og 5578)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	71 206	82 210	100 400
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*	717	1 440	5 000
	Sum kap 0750	71 923	83 650	105 400

Det er overført fra 1999 ti1 2000
Post 01: 1 379 000 kroner
Post 45: 715 000 kroner

Formål og hovedprioriteringer

Statens legemiddelkontroll (SLK) skal bidra til å ivareta forbrukernes og helsevesenets interesser i forhold til:

- tilgang til sikre og effektive legemidler uavhengig av betalingsevne
- faglig og økonomisk riktig bruk av legemidler
- lavest mulig pris

For å oppnå dette, må etaten ha kontroll med alle faser i legemidlenes livsløp . Dette omfatter klinisk utprøvning, utredning av kvalitet, sikkerhet og effekt, legemiddeløkonomi, laboratoriekontroll, bivirkningsovervåkning og terapiveiledning. SLKs myndighetsutøvelse, rådgivning og formidling skal være kunnskapsbasert. Virksomhetens viktigste målgrupper er legemiddelindustri, forskrivere og apotek.

Resultatrapport 1999

Tabell 13.34Statens legemiddelkontroll. Resultatindikatorer

Resultatindikatorer	Resultat 1997	Resultat 1998	Resultat 1999	Mål 2000	Mål 2001
Antall behandlede søknader, nye legemidler	389	428	343	400	400
Gjennomsnittlig behandlingstid (mnd)	12	11	9,9	10	10
Antall behandlede søknader, parallellimport	106	57	193	100	100
Antall kontrollerte preparater	444	449	469	500	500

Etter implementeringen av den utvidede EØS-avtalen på legemiddelområdet 1. januar 2000, jf. St.prp. nr. 93 (1998-1999) og Innst. S. nr. 11 (1999-2000), deltar Norge i det europeiske legemiddelsamarbeidet på lik linje med EU-landene. Som forberedelse til dette ble det i 1999 satt i gang en omfattende strategisk og administrativ opprustning av etaten. Antall årsverk økte i løpet av året fra 115 til 121. I påvente av EU-tilkoblingen har det vært en viss nedgang i antall søknader om markedsføringstillatelse fra industrien. Den gjennomsnittlige brutto saksbehandlingstiden er redusert med en måned til 10 måneder. Legemiddeløkonomisk utredningsarbeid er trappet opp, og nye retningslinjer for legemiddeløkonomisk dokumentasjon er ferdigstilt. Kontrollansvaret har økt på grunn av flere preparater. Dette er løst ved en fokusering av laboratoriekontrollen. Det er påbegynt kvalitetssikring av laboratoriene med tanke på deltakelse i det europeiske samarbeidet om laboratoriekontroll og samarbeidet om frigivelse av produksjonspartier for vaksiner. Bivirkningssamarbeid innenfor EØS-avtalen og med helseregionene er satt i gang. Både SLK og Norsk legemiddelhåndbok er kommet på nett med sine internettjenester. Det ble i 1999 gjennomført omfattende brukerundersøkelser for å behovstilpasse og videreutvikle SLKs tjenester.

Tilstandsvurdering

Godkjenning og kontroll

Den utvidede EØS-avtalen innebærer at SLK deltar i vurdering og godkjenning av legemidler for hele EØS-området. Samarbeidet krever mye av personalet, både faglig og administrativt, og bidrar til å øke etatens kompetanse. Innføringen av EUs regelverk og godkjenningsprosedyrer fører til at behandlingstiden for nye søknader blir den samme som i EU-landene, og at befolkningens tilgang til nye legemidler skjer raskere enn før. For laboratoriekontrollen foregår det også et europeisk samarbeid. Nye og strenge krav til SLKs egen kvalitetssikring er nødvendig for at Norge skal kunne ta del i den europeiske arbeidsdelingen. Det er også nødvendig med en nærmere kartlegging av behov og ønsker om utredninger fra Norge hos den internasjonale legemiddelindustrien og EU-systemet.

Legemiddeløkonomi

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. Produsentene er nå pålagt å dokumentere økt nytteverdi av sine produkter og kostnadene forbundet med dette. Analyser av denne dokumentasjonen vil bli en viktig støtte i refusjonsarbeidet. Hyppigere harmonisering av legemiddelprisene til europeisk nivå vil medføre besparelser.

Bivirkningsovervåkning, terapiveiledning og informasjonssystemer

Det stigende antall preparater på markedet gjør tilbudet mindre oversiktlig for forskriverne, og deregulering av apotekvesenet fører til at økonomiske interesser i større grad vil prege kontakten med forbrukerne. Det satses derfor i økende grad på bivirkningsovervåkning og informasjon. Industriens stadig sterkere markedsføring og myndighetenes behov for kostnadskontroll, krever at staten samordner sin informasjonsvirksomhet overfor forskriverne. Både kravene til effektiv saksbehandling og informasjonsbehovet hos brukerne vil måtte møtes gjennom strategisk satsing på informasjons- og kommunikasjonsteknologi. Samtidig krever den medisinske overvåkningen av legemidlene og terapiveiledningsvirksomheten at staten satser sterkere og mer samordnet på direkte, personlig kommunikasjon med brukermiljøene og aktiv kommunikasjon gjennom de faglige nettverkene.

Satsingsområder og mål 2001

SLK skal være det nasjonale kompetansesenteret innen legemiddelområdet, og skal bruke sin kunnskap og kompetanse om legemidler til beste for folkehelsen. Satsingsområdene er:

- vaksiner
- midler mot lidelser i sentralnervesystemet
- hjerte-/karmidler
- antibakterielle midler
- blodprodukter
- legemidler til fisk

EU-samarbeidet

I Europa skal SLK være blant de foretrukne utrederne innen sine 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 understøttes gjennom skolering og dialog med legemiddelindustrien og møter med industriens representanter. SLK skal delta aktivt i samarbeidet på laboratoriekontrollsiden. Kontrollen av produkter godkjent i den sentrale EU-prosedyren skal økes fra èn analyse i 2000 til fem analyser i 2001. I samarbeidet om europeisk frigivelse av produksjonspartier av vaksiner skal antallet økes fra tre analyser i 2000 til 12 analyser i 2001.

Bivirkningsovervåkning

Norge skal delta aktivt i EUs system for overvåkning av bivirkninger. Nasjonalt skal kontakten med helseregionene intensiveres. Løpende informasjon om bivirkninger og interaksjoner skal formidles direkte fra SLK til forskriverne.

Legemiddeløkonomi

Arbeidet med legemiddeløkonomiske utredninger skal intensiveres. Utredningene skal holde høy faglig standard og leveres i henhold til tidsfristene. SLK skal videre bygge opp troverdighet på området gjennom nettverksarbeid mot andre myndigheter og fagmiljøer nasjonalt og internasjonalt.

Legemidler til fisk

SLK har som målsetting på sikt å bli den ledende legemiddelmyndigheten i verden på vaksiner til fisk. En nedskrevet, samlende strategi for forvaltningen av legemidler til fisk skal iverksettes og vedlikeholdes.

Kommunikasjon

Vurderinger av nye preparater publiseres fortløpende og preparatene skal presenteres i en terapeutisk sammenheng. Nordisk samarbeid om legemiddelinformasjon og terapiveiledning skal videreutvikles. Terapiveiledningsvirksomheten i regi av SLK, Norsk legemiddelhåndbok og regionale legemiddelinformasjonssentra (RELIS) skal samordnes.

Etablering av en ny legemiddeletat

Det vises til Stortingets vedtak om etablering av en ny legemiddeletat med utgangspunkt i SLK, jf. Innst. S. nr. 220 (1999-2000). Det pågår en prosess med å avklare i detalj hvilke konkrete oppgaver som skal overføres fra Helsetilsynet og RTV til dagens SLK. SLK vil følge opp denne prosessen slik at den kan gjennomføres i tråd med Stortingets forutsetninger.

Merknader til budsjettforslaget for 2001

Post 01 Driftsutgifter

Posten foreslås styrket med 16,5 mill. kroner mot økte inntekter under kap. 5577, post 70 (12 mill. kr) og 5578 (4,5 mill. kr). Merutgiftene er relatert til etableringen av en ny legemiddeletat (9 mill. kr), håndtering av fraktrefusjonsordningen (1 mill. kr), økt tilsyn med apoteksektoren i forbindelse med ikrafttredelse av ny apoteklov (2 mill. kr) og styrking til diverse formål (4,5 mill. kr). Sistnevnte gjelder arealutvidelse, elektronisk saksbehandling, styrking av personalsiden samt reiser og opplæring. Styrkingen av driftsrammen på 9 mill. kr for å dekke de nye funksjonene knyttet til etableringen av en ny legemiddeletat, er et foreløpig anslag for de budsjettmessige konsekvenser. Den endelige avregning vil bli presentert i et tilleggsnummer eller i RNB 2001.

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 98 pr. 1. mars 1999 og 114,3 pr. 1. mars 2000.

Post 45 Store utstyrsanskaffelser og vedlikehold

Posten foreslås styrket med 3,5 mill. kr til arealutvidelse og diverse utstyrsanskaffelser mot økte inntekter under kap. 5578.

Kap. 3750 Statens legemiddelkontroll (jf. kap. 750)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
02	Gebyrinntekter	626	154	159
16	Refusjon fødselspenger	618		
17	Refusjon lærlinger	99		
	Sum kap 3750	1 343	154	159

Post 02 Gebyrinntekter

Posten gjelder 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 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
70	Registreringsavgift	31 577	51 920	57 920
71	Kontrollavgift	34 446	31 030	33 030
	Sum kap 5578	66 023	82 950	90 950

Sosial- og helsedepartementet innførte et nytt avgiftssystem for farmasøytiske spesialpreparater i 1992, revidert i 1999. Avgiften bygger på en kombinasjon av en søknadsavgift og en kontrollavgift lagt på legemiddelprodusentenes omsetning.

Kap. 5632 Aksjer i A/S Norsk medisinaldepot

Omtale av kapitlet er flyttet til Nærings- og handelsdepartementets budsjett.

Kap. 0751 Apotekvesenet (jf. kap. 3751 og 5577)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
70	Tilskudd til apotek	66 476	81 870	76 600
	Sum kap 0751	66 476	81 870	76 600

Apotekene har enerett på detaljomsetning av legemidler. Apotekene utfører også ikke-inntektsbringende oppgaver pålagt av staten, så som innkreving av egenandeler for Rikstrygdeverket, informasjonsvirksomhet om egenandelssystemet, kontroll med forbruk av legemidler med innhold av narkotiske stoffer, arkivering av A- og B-preparatresepter, samarbeid med fylkeslegen i misbrukssaker m.v.

Tabell 13.35Samlet regnskap for samtlige private apotek (i 1 000 kr)

	1995	1996	1997	1998
Netto varesalg	6 257 412	6 656 214	7 200 377	7 947 473
Sum kostnader	6 018 111	6 422 506	6 976 224	7 641 520
Res. før driftsstøtte	239 301	233 708	224 153	305 953
Ettergitt avgift	702	584	434	0
Tilskudd	5 040	5 437	6 230	5 057
Res. etter driftsstøtte	245 043	239 729	230 817	311 010
Gj.snitt pr. apoteker:				
Res. Før driftsstøtte	953	931	900	1 229
Res. Etter driftsstøtte	976	955	927	1 249

Sett bort fra sykehusapotekene, er apotekene drevet av selvstendig næringsdrivende. Både private og offentlige apotek er underlagt statlig fastsatte maksimalavanser på reseptpliktige legemidler. Under eksisterende apoteklov er det myndighetene som fastsetter apotekenes beliggenhet og antall, og oppnevner apotekere. Under ny apoteklov vil myndighetenes rolle i spørsmål om opprettelse, overdragelse og beliggenhet være å utstede de nødvendige konsesjoner til søkere som tilfredsstiller objektive krav til eierskap eller drift. I tillegg vil eier fritt kunne velge selskapsform. Både under ny og gammel apoteklov vil det kontinuerlig bli arbeidet med å holde kvalitet og sikkerhet i legemiddeldistribusjonen. Gjennom tilsynsvirksomheten ønsker myndighetene dessuten å inspirere apotekene til virksomhet som bidrar til rasjonell legemiddelbruk i samfunnet. Det er videre et mål i konsesjonspolitikken å sørge for god apotekdekning i hele landet, bl.a. ved å legge visse begrensninger på etableringsadgangen i sentrale strøk (konsesjonstak). I medhold av den nye loven kan dessuten drift av apotek i næringssvake områder av landet settes som vilkår for apotekkonsesjon i sentrale strøk. Av hensyn til konkurransen i apotekmarkedet, er det etablert et samarbeid mellom apotekforvaltningen og Konkurransetilsynet i saker om apoteketableringer. For å sikre konkurranse i mellomperioden før ny apoteklov trer i kraft 1. mars 2001, vil hensynet til konkurranse dessuten inngå som et moment ved praktiseringen av konsesjonspolitikken også under den gjeldende loven.

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.

Gjennomsnittsresultatet pr. apotek etter driftsstøtte økte fra 510 000 kroner i 1987 til 999 000 kroner i 1994. Overskuddene har vært på vei nedover, men har i strid med tidligere prognoser steget kraftig i 1998. Gjennomsnittlig resultat etter driftsstøtte var i 1998 på 1 249 000 kroner, mot 927 000 kroner i 1997. Avviket i forhold til tidligere antakelser antas å skyldes at legemiddelforbruket økte mer enn normalt i 1998 (5,8 pst.) samtidig som de senere års omlegging av apotekenes avansestruktur i retning av mindre grad av automatiske prosentpåslag på innkjøpspris og større grad av faste kronetillegg pr. pakning, har medført at resultatene er blitt vesentlig mer påvirkelig for endringer i legemiddelforbruket.

Etter Sosial- og helsedepartementets vurdering er det grunnlag for å endre apotekenes avanser i 2001 som følge av at apotekenes kostnader vil bli redusert ved avvikling av referanseprissystemet for legemidler, jf. kategoriomtalen og omtale av ECONs evaluering av referanseprissystemet under kap. 2751, post 70 Legemidler. Avansereduksjonen er beregnet å gi en innsparing for trygden på 20 mill. kroner.

Kriterier for fastsettelse av maksimalavanser

I Innst. O. nr. 52 (1999-2000) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om apotek (apotekloven) ble det uttalt:

> «Stortinget ber Regjeringen på egnet måte forelegge Stortinget et opplegg der kriterier for fastsetting av apotekenes avanse utredes og klargjøres.»

Det er en målsetting at alle skal ha tilgang til effektive og høyverdige legemidler til lavest mulig pris. Virkemiddelbruken overfor aktørene på legemiddelmarkedet er tilpasset disse målsettingene. For apotekene er de mest synlige virkemidlene avansereguleringen, konsesjonssystemet, apotekavgiften og apotektilskuddene.

Legemiddelmarkedet har enkelte særtrekk man i liten grad finner igjen i andre markeder. På legemiddelmarkedet er ofte beslutningstaker, bruker og betaler tre forskjellige instanser. Legen velger gjennom sin forskrivning hvilket legemiddel som skal kjøpes, pasienten følger legens forskrivning, mens folketrygden betaler store deler av regningen. Bruker og betaler er de mest passive parter i dette markedet, i motsetning til på andre markeder.

En konsekvens av at brukeren ikke står overfor den reelle kostnaden ved sitt legemiddelforbruk, og at brukeren i liten grad selv styrer sitt forbruk, er at etterspørselen er svært lite prisfølsom. Selv om den enkelte lege/pasient kan ønske å handle på billigst mulige måte, vil dette vanskeliggjøres av bla. mangel på konkurranse i apotekleddet. Uten maksimalprisregulering ville aktørene derfor lett kunne ta urimelig høye priser.

Apotekenes maksimalavanser definerer sammen med legemidlenes maksimale innkjøpspris det enkelte legemiddelets maksimale utsalgspris. Apotekenes maksimalavanser består i prinsippet av to komponenter: En prosentsats som legges på innkjøpsprisen, og en kronetilleggsdel pr solgt pakning. Mot slutten av 1980-tallet og ved inngangen til 90-tallet ble det strammet inn på apotekenes anledning til å søke driftsstøtte. Samtidig erfarte man at apotekenes resultater vokste kraftig. Dette ble satt i sammenheng med en høyere kostnadsbevissthet i næringen som følge av innstramming i anledningen til å søke driftsstøtte. Dermed ble for høye marginer avdekket gjennom raskt voksende overskudd.

I en situasjon der antall apotek er forholdsvis stabilt på grunn av konsesjonssystemet under dagens apoteklov, og med uendrede avanser, vil veksten i legemiddelmarkedet automatisk føre til at apotekenes resultater stiger raskere enn veksten i markedet totalt, siden kostnadene ikke antas å vokse like raskt som omsetningen. Dette har ligget til grunn for departementets aktive avanseregulering. De økende apotekoverskuddene på 80- og 90-tallet signaliserte at veksten i legemiddelmarkedet var raskere enn veksten i apotekdekningen eller at avansene var for høye. For å begrense veksten i apotekoverskuddene og for å få mer kostnadsriktige avanser, ble det i 1992 innført degressive avansesatser, der marginalavansene sank i takt med økende innkjøpspris. Til tross for mer degressiv avanseprofil, viste apotekresultatene fortsatt sterk vekst fram til midten av 90-tallet. Deretter ble det en reduksjon i resultatene i perioden 1994-97, som resultat av lavere avansesatser og en stadig mer degressiv avanseprofil.

I arbeidet med å fastsette maksimalavanser har departementet i de senere år tatt utgangspunkt i utviklingen i gjennomsnittsresultat pr apoteker. Det er også sett hen til spredningen i resultatene, til driftsstøtteordningen og dermed også apotekavgiften. I en viss utstrekning har man måttet akseptere at enkelte apotek under dagens apoteklov alltid vil ha en urimelig høy inntjening, til tross for progressiv apotekavgift og degressiv avanse. Dersom avanse- og avgiftssatsene skulle vært dimensjonert for å bringe slike apoteks resultater ned på mer rimelige nivåer ville det skapt et behov for betydelig driftsstøtte for svært mange apotek. I tillegg må det forventes at for lave avanser på den reseptpliktige omsetningen vil føre til høyere priser på reseptfrie medisiner, da disse ikke er underlagt avanseregulering. Departementet har ikke ønsket å styre apotekvesenet mot en situasjon der de fleste mottar driftsstøtte eller må utnytte sin monopolstilling ved å ta urimelige priser for reseptfritt salg.

Tabell 13.36Driftsstøtte, apotekavgift og resultat. Alle tall i 1000 kroner

	1990	1995	1997	1998
Driftsstøtte	33 169	6 682	9 683	6 896
Apotekavgift	62 419	83 956	74 169	74 377
Resultat etter driftstøtte for næringen totalt	201 630	245 063	230 817	310 999

Gjennomgående har utslagene i apotekresultatene vært lavere enn forutsatt ved de senere års avansereduksjoner. Man har derfor gjentatte ganger funnet rom for ytterligere nedjustering av maksimalavansene. Spesielt stort var avviket mellom prognose og resultat i 1998. Gjennomsnittresultat etter driftsstøtte pr apoteker ble 1,25 mill. kroner i 1998, mens prognosen lå på 0,8 - 0,9 mill. kroner.

En mulig forklaring på avviket mellom prognosene og regnskapene kan være salget av reseptfrie medisiner. Det er nærliggende å tenke seg at apotekene kompenserer for tapte inntekter på salg av reseptpliktige medisiner ved å heve prisene på reseptfrie medisiner. Det kan heller ikke ses bort fra at referanseprissystemet for legemidler har gitt så vel pasienter som apotek insentiver til å benytte småpakninger selv der store pakninger ville vært det naturlige valget. For pasienten er dette gunstig da småpakninger gjennomgående har færre og lavere referansepristillegg enn store pakninger. For apoteket er det gunstig fordi utlevering av flere små pakninger fremfor en stor genererer høyere prosentavanser og større kronetillegg samlet sett. Departementet er imidlertid ikke kjent med om dette har foregått i stort omfang.

En tredje forklaringsfaktor er at de senere års avansereduksjoner har gitt apotekene enda sterkere insentiver til å benytte den såkalte "gevinstdelingsmodellen". Modellen stimulerer apoteket til å forhandle fram lavere priser på sine innkjøp. Stimulansen består i at apoteket gis anledning til å beholde inntil halvparten av den reduksjon i utsalgspris som oppnås ved omsetning til rabattert pris i forhold til omsetning til maksimalpris. Denne anledningen kombinert med referanseprissystemet for legemidler kan ha hatt en utilsiktet, negativ effekt. I de tilfeller der produktene som definerte referanseprisene ikke var tilgjengelige, hvilket skjedde oftere enn forutsatt, kunne apotekene uten egeninnsats benytte gevinstdeling for nest billigste preparat. Det er grunn til å tro at apotekene høstet større inntjening av dette enn det var tatt høyde for da avansesatsene for 1998 ble fastsatt.

Departementet ser fortsatt grunn til jevnlig å vurdere maksimalavansene i lys av apotekresultatene. Gjeldende apoteklov legger betydelige restriksjoner på etableringsadgangen. Det må derfor forventes at veksten i legemiddelmarkedet vil gi grunnlag for stigende apotekresultater også i fremtiden, gitt dagens avansesatser.

Departementet vil i all hovedsak legge de samme kriterier som tidligere til grunn i sine vurderinger inntil ny apoteklov trer i kraft. Det legges opp til at avansene skal begrense utsalgsprisene og samtidig muliggjøre en rimelig resultatutvikling. Departementet vil ikke offentliggjøre noe normtall for hvilket gjennomsnittsresultat det siktes mot.

Når ny apoteklov trer i kraft og har fått virke en stund, vil departementet vurdere avansepolitikken på nytt. Lettere etableringsadgang, nye aktører og kjedesammenslutninger vil påvirke både kostnadssiden og inntektssiden for det enkelte apotek. Videre vil den forventede økte konkurransen isolert sett redusere behovet for å regulere apotekenes avanser på reseptpliktige legemidler.

Post 70 Tilskudd til apotek m.m.

Samlet foreslås en bevilgning på 76 600 000 kroner for 2001. Bevilgningen foreslås fordelt som følger:

Tilskudd til apotek (20,3 mill. kroner)

Statens tilskudd er øremerket apotek med liten omsetning og som er beliggende i utkant-Norge. Videre vil apotek som utfører bestemte samfunnsfunksjoner kunne motta statlig tilskudd. Det gis også tilskudd til Institutt for energiteknikk (IFE) for å dekke de samfunnsfunksjoner som instituttet utfører i forbindelse med omsetning av radiofarmaka. De nødvendige tilskuddsmidler tas inn i form av en særlig avgift på legemiddelomsetningen.

Under den nye apotekloven, som trer i kraft 1. mars 2001, vil opprettelse og drift av apotek fortsatt kreve konsesjon, men det vil bli enklere enn i dag å få konsesjon hvis kravene til kvalitet og sikkerhet er oppfylt. Det blir også mulig for andre enn personer med farmasøytisk embetseksamen gå inn på eiersiden i apotek. For å sikre apotekdekningen i distriktene vil det bli innført en midlertidig etableringskontroll i de mest sentrale strøk av landet. Driftsstøtteordningen for apotek vil bli brukt aktivt for å sikre fortsatt apotekdrift i utkantstrøk.

I de senere år har behovet for driftsstøtte vist seg å være til dels betydelig lavere enn antatt ved fremleggelse av de årlige statsbudsjetter. Departementet anser derfor behovet for 2001 å være lavere enn en videreføring av tidligere års forslag burde tilsi. På den annen side vil anledningen for direktesalg fra grossist til profesjonelle sluttbrukere, fra 1. mars 2001 svekke apotekenes prisutjevning, jf. kategoriomtalen. Departementet leg-

ger derfor til grunn at driftsstøttebehovet vil bli 3 mill. kroner høyere enn antatt tidligere år, og settes av ca. 20,3 mill. kroner.

Stipendier (0,5 mill. kroner)

Posten dekker stipendier som utbetales etter søknad til farmasøytiske kandidaters og reseptarers etterutdannelse, samt tilskudd til litteratur og trykningsutgifter i etaten. Det gis også støtte til å arrangere etterutdannelseskurs.

Tilskudd til fraktrefusjon av legemidler (40,6 mill. kroner)

Intensjonen bak ordningen er at pasienter som enten er for syke eller som har uforholdsmessig lang vei til nærmeste apotek, skal få sine legemidler tilsendt vederlagsfritt. Det er forutsatt at forsendelsene skal skje på en kostnadseffektiv måte. Ordningen skal ikke benyttes av apotekene som ordinær service eller salgsfremmende tiltak overfor pasienter/kunder.

Fraktrefusjonsordningen finansieres gjennom avgifter pålagt det private apotekvesen over kap. 5577.

Utgiftene i forbindelse med fraktrefusjoner var i 1999 48,2 mill. kroner.

Departementet forventer at apotekdekningen vil bli bedret under ny apoteklov. Det vil derfor være grunnlag for å redusere omfanget av fraktrefusjonsordningen. Departementet legger til grunn at mindrebehovet vil bli 15 mill. kroner, og anser 40,6 mill. kroner å være tilstrekkelig for å opprettholde et tilbud til ordningens målgruppe.

Institutt for farmakoterapi ved Universitetet i Oslo (4,2 mill. kroner)

Sosial- og helsedepartementet gir tilskudd til driften av Institutt for farmakoterapi ved Universitetet i Oslo.

Tilskudd til regionale legemiddelsentra (11 mill. kroner)

Faglig forsvarlig og riktig bruk av legemidler er et sentralt element i norsk legemiddelpolitikk. Arbeidet med produsentuavhengig legemiddelinformasjon må styrkes, og i større grad nå ut til helsepersonell og publikum. Dette sees i sammenheng med at utfordringene på legemiddelområdet blir større med et mer komplekst og sammensatt legemiddelmarked. Den medisinskteknologiske utviklingen gjør det mer krevende for helsepersonell å holde seg tilstrekkelig faglig oppdatert om endringer på legemiddelområdet i en travel klinisk hverdag.

Driften av de regionale sentra for legemiddelinformasjon videreføres på permanent basis. Det ble i 2000 besluttet å opprette en RELIS-enhet også i Helseregion 1, slik at alle regionene etter dette vil ha sin egen RELIS-enhet.

Ved formidling av produsentuavhengig legemiddelinformasjon og aktivt samarbeid med helsepersonell i regionen skal sentrene bidra til faglig forsvarlig og rasjonell legemiddelbruk. Sentrene skal formidle informasjon for å øke bevisstgjøringen om legemidler for å optimalisere bruken både til den enkelte pasients og samfunnets beste.

Kap. 3751 Apotekvesenet (jf. kap. 751)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
03	Tilbakebetaling av lån	531	206	212
	Sum kap 3751	531	206	212

Visse engangskostnader oppstår ved etablering av nye apotek, overtakelse av apotek eller ved ombygging/oppgradering/flytting av apotekanlegg o.l. Denne typen utgifter kan - i en visse periode - gi merkbare utslag i et apoteks muligheter til å bære utgiftene selv. Det er derfor opprettet en egen tilskuddsordning for å fange opp slike syklusbestemte forhold og tilskudd kan gis for en periode på inntil fem år og gjelder for alle apotek. Denne driftsstøtten er et lån fra staten ved Statens helsetilsyn. Lånet må tilbakebetales.

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. Ved skifte av apotekbevilling følger gjelden låntaker. Når låntaker går av med pensjon må lånet innfris. Fra og med driftsstøtte utbetalt i 1998 må lånet innfris også dersom låntaker av andre årsaker slutter som apotekeier.

Kap.2480 Rikshospitalets apotek

Rikshospitalets apotek er organisert som statlig forvaltningsbedrift med eget styre.

(i 1 000 kr)

Under-post	Betegnelse	Regnskap 1999	Vedtatt budsjett 2000	Forslag 2001
24.1	Driftsinntekter	-115 364	- 138 568	-124 607
24.2	Driftsutgifter	115 762	138 498	124 544
24.3.	Renter	7	10	3
24.4	Avskrivninger	60	60	60
	Sum kap. 2480.24	465	0	0

De oppførte tall er basert på overslag for omsetningen. Aktiviteten på apoteket er styrt av etterspørselen fra kundene.

Formål og hovedprioriteringer

Apotekets hovedmål er at Rikshospitalet og pasientene får legemidler, farmasøytiske tjenester og kompetanse til gunstigst mulig pris. Apoteket kan levere alle legemidler, også de som ikke er markedsført i Norge, og utvikler og produserer legemidler som ikke kan skaffes på annen måte. Apoteket skal bidra til å høyne standarden i takt med den farmasifaglige utviklingen og helsevesenet for øvrig. Apoteket skal drives med tilfredsstillende økonomiske marginer. Driften skal gå i balanse, og et eventuelt overskudd skal overføres til Rikshospitalet.

Apoteket har publikumsavdeling i hovedinngangen i det nye Rikshospitalet. Apoteket leverer også legemidler og farmasøytiske tjenester til Norges Veterinærhøgskole og har ansvar for driften av regionalt legemiddelinformasjonssenter i region sør (RELIS Sør).

Resultatrapport 1999

Omsetningsøkningen var på 3 pst. fra 1998 til 1999. Det er mindre enn foregående år og mindre enn i apotekvesenet generelt. Dette skyldes trolig at aktiviteten ved Rikshospitalet var noe redusert som følge av flytteforberedelser.

Apoteket har avtale med Rikshospitalet om levering av legemidler, farmasøytiske tjenester og kompetanse. Apoteket opprettholdt høy leveringsdyktighet i 1999 og videreførte arbeidet med å kvalitetssikre legemiddelhåndteringen og redusere sykehusets legemiddelutgifter. Rikshospitalet sparte 7,4 mill. kroner ved å kjøpe legemidler på anbud i 1999, og tilsyn med legemiddelhåndteringen ved Rikshospitalet ble utvidet.

Implementering av nytt økonomireglement skjedde i mai 1999 i samarbeid med Skattefogden i Østfold.

Planlegging, forberedelser og utsettelser av flyttingen til nytt Rikshospital har krevet betydelig innsats fra alle medarbeidere i 1999. Flyttingen ble foretatt våren 2000, og apoteket opprettholdt levering til sykehuset både før og under flytteperioden. Det var større aktivitet ved sykehuset i flytteperioden enn forutsatt, og dette førte til høyere aktivitet og mindre inntektstap enn forventet ved apoteket.

Tabell 13.37Resultatutvikling ved Rikshospitalets apotek 1997-99 og mål 2000-2001

Perspektiv	Indikator	Resultat 1997	Resultat 1998	Resultat 1999	Mål 2000	Mål 2001
Kunde	Leveringsdyktighet mot sykehus	97 pst.	97 pst.	97 pst.	97 pst.	97 pst.
	Klager fra sykehuset (reklamasjoner)		0,1 pst.	0,1 pst.	<0,15 pst.	<0,1 pst.
Produktivitet	Antall varelinjer til sykehuset (i 1000)	111	117	117	100	120
	Resepter ekspedert (i 1000)	52	51	47	42	54
	Produksjoner i stor skala (1000enheter)	177	156	117	80	100
Økonomiske	Driftsresultat etter kontant-prinsippet før overføring til Rikshospitalet	0,5 pst.	1,5 pst.	-0,4 pst.		
	Andel anbudsinnkjøp til sykehuset i pst	24	36	30	40	40
Vekst og utvikling	Antall publikasjoner i vitenskapelige tidsskrifter		2	2	1	2
	Antall hovedfagsstudenter i farmasi	2	2	1	0	2

Tilstandsvurdering

De generelle rammebetingelsene for apotek er blitt endret. Fortjenestemarginene er blitt mindre. Lavere legemiddelpriser og lavere avansesatser generelt samt anbudsinnkjøp, har gitt reduserte legemiddelpriser for sykehuset.

Ny apoteklov vil føre til økt konkurranse, både om apotekets kunder og om kvalifisert personale. Samtidig vil forretningsmessige og faglige krav til apoteket øke. Apotekets mål er å gjøre Rikshospitalet og pasientene så fornøyd at de ønsker Rikshospitalets apotek som førstevalg for leveranse av legemidler og farmasøytiske tjenester.

Satsingsområder og mål for 2001

Apoteket vil videreutvikle seg som et sykehusapotek for å dekke sykehusets behov for leveranser av legemidler og utvidet farmasøytisk service. Apoteket har som mål å beholde høy leveringsdyktighet, øke tjenestetilbudet og bidra til å redusere sykehusets legemiddelutgifter bl.a. ved anbudsinnkjøp. Apoteket vil fortsatt bidra til kvalitetssikring av legemidddelhåndtering i sykehuset.

Apoteket har flyttet til moderne lokaler som vil bli mer kostbare å drive enn tidligere lokaler. Lokaliseringen vil også innebære endret kundegrunnlag. Det er usikkert hva dette vil innebære for apoteket. Apoteket vil søke å tilpasse driften til de nye rammebetingelsene. Det vil bli mulighet for å ta i bruk ny teknologi for bestilling av legemidler.

Merknader til budsjettforslaget

Antall årsverk var 8 pr. 1. mars 2000 i følge det sentrale tjenestemannsregisteret.

Kap.2481 Radiumhospitalets apotek

Radiumhospitalets apotek er organisert som statlig forvaltningsbedrift med eget styre.

(i 1 000 kr)

Under-post	Betegnelse	Regnskap 1999	Vedtatt budsjett 2000	Forslag 2001
24.1	Driftsinntekter	-55 627	-66 215	-56 300
24.2	Driftsutgifter	54 943	66 050	56 158
24.3	Renter	50	48	25
24.4	Avskrivninger	117	117	117
	Sum kap. 2481, post 24	-517	0	0

De oppførte tall er basert på overslag for omsetningen. Aktiviteten på apoteket er styrt av etterspørselen fra kundene.

Formål og oppgaver

Radiumhospitalets apotek ble etablert i 1990 for å forsyne Det Norske Radiumhospital (DNR) med legemidler og farmasøytiske tjenester til gunstigst mulig pris. Apoteket skal være et kompetansesenter innen onkologisk (kreftmedisin) og bidra til å høyne standarden på dette feltet i takt med den farmasifaglige utviklingen og helsevesenet for øvrig. Apoteket skal drives med tilfredsstillende økonomiske marginer. Driften skal gå i balanse og et eventuelt overskudd skal overføres til DNR ved årets slutt.

Resultatrapport 1999

Apotekets driftsbudsjett var på 1 pst. av omsetningen (0,5 mill. kroner). Overskuddet ble overført til DNR. Omsetningsøkningen var på 3 pst. fra 1998 til 1999. Det er mindre enn foregående år og mindre enn i apotekvesenet generelt. Andel anbudsinnkjøp til sykehuset var på 75 pst. og DNR sparte 8 mill. kroner ved å kjøpe legemidler på anbud i 1999.

Apoteket har avtale med DNR om levering av legemidler, farmasøytiske tjenester og kompetanse. Apoteket opprettholdt høy leveringsdyktighet i 1999 og videreførte arbeidet med å kvalitetssikre legemiddelhåndteringen og redusere sykehusets legemiddelutgifter. Rådgivningstjeneste og produksjon av endoserte legemidler ble opprettet som nye tjenester i tett samarbeid med sykehuset. Implementering av nytt økonomireglement skjedde i mars 1999 i samarbeid med Skattefogden i Østfold.

Tabell 13.38Radiumhospitalets apotek. Oppfølging av målindikatorer

Perspektiv	Indikator	Resultat 1997	Resultat 1998	Resultat 1999	Mål 2000	Mål 2001
Kunde	Leveringsdyktighet mot sykehus (legemiddelpreparater)	99 pst.	99,8 pst.	99 pst.	99 pst.	99 pst.
	Reklamasjoner -distribusjon -produksjon	 Ikke målt	 0,02 pst. 0,13 pst.	 0,06 pst. 0,11 pst.	 <0,1 pst. <0,1 pst.	 <0,1 pst. <0,1 pst.
	Oppklaring av feil og uklarheter ved bestillinger -resepter -produksjon	 6,6 pst. 8 pst.	 5,6 pst. 10 pst.	 5,6 pst 7,2 pst.	 Reduksjon	 Reduksjon
Produktivitet	Antall varelinjer (i 1000)	59,8	64,4	72,8	80	85
	Reseptordinasjoner (i 1000)	22,5	22,7	22,2	23	23
	Produksjon til enkeltpasienter (i 1000)	17,2	17,7	17,5	18	18,5
Økonomiske	Driftsresultat etter kontantprinsippet før overføring til Radiumhospitalet	0,5 pst.	0,2 pst.	1 pst	0	0
	Andel anbudsinnkjøp til Radiumhospitalet	68 pst.	84 pst.	75 pst.	75 pst.	75 pst.
Vekst og utvikling	Antall publikasjoner	Ikke målt	Ikke målt	3	2	2
	Antall hovedfagsstudenter / spesialiststudenter	0	1	2	1	1

Tilstandsvurdering

De generelle rammebetingelsene for apoteket er blitt endret. Fortjenestemarginene er blitt mindre. Lavere legemiddelpriser og lavere avansesatser generelt samt anbudsinnkjøp har gitt reduserte legemiddelpriser til sykehuset.

Ny apoteklov vil føre til økt konkurranse, både om apotekets kunder og om kvalifisert personale. Samtidig vil forretningsmessige faglige krav til apoteket øke. Radiumhospitalets apotek forbereder seg til dette ved å danne allianser med gunstige samarbeidspartnere.

Satsingsområder og mål for 2001

Apotekets hovedmål er å tilpasse seg til nye rammebetingelser med økt konkurranse ved blant annet å styre etter nøkkeltall i en balansert styringsmodell.

Apoteket vil videreutvikle seg som et sykehusapotek for å dekke sykehusets behov for leveranser av legemidler og utvidet farmasøytisk service. Oppgradering av apotekets cytostatikaproduksjon til GMP-standard krever betydelig innsats fra apotekets personale i år 2000. Apoteket har som mål å beholde høy leveringsdyktighet, øke tjenestetilbudet og bidra til å redusere sykehusets legemiddelutgifter bl a ved anbudsinnkjøp. Apoteket vil fortsatt bidra til kvalitetssikring av legemiddelhåndteringen ved DNR i tett samarbeid med sykepostene.

Kap. 5577 Avgift til staten av apotekenes omsetning (jf. kap. 751)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
70	Avgift	94 201	89 300	105 300
	Sum kap 5577	94 201	89 300	105 300

Apotekene skal etter § 38 i lov av 21. juli 1963 om drift av apotek m.v. betale avgift på legemiddelsalget til statskassen.

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.

Følgende avgiftstrinn og prosentsatser foreslås for 2001:

- av de første 17 000 000 kroner, ingen avgift
- av de neste 8 000 000 kroner, 2,0 pst.
- av de neste 10 000 000 kroner, 3,0 pst.
- av resten, 3,5 pst.
- det gis et bunnfradrag på 6 mill. kroner for hvert filialapotek i avgiftsgrunnlaget.

Med disse satser og trinn er avgiften beregnet å innbringe 105,3 mill. kroner. Inntektene vil dekke de ordinære utgifter til tilskudd til fraktrefusjon av legemidler, drift av RELIS-enhetene, stipendier og tilskudd til det private apotekvesen m.v. Det legges opp til at avgiften fra og med 2001 også skal delfinansiere driften av den nye, samlede legemiddelforvaltningen. For 2001 vil dette representere en økning i avgiften på 12 mill. kroner.

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 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001	Pst. endr. 00/01
0797	Helse- og sosialberedskap	12 435	11 690	12 000	2,7
	Sum kategori 10.90	12 435	11 690	12 000	2,7

Utgifter under programkategori 10.90 fordelt på postgrupper:

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001	Pst. endr. 00/01
01-23	Statens egne driftsutgifter	12 435	11 690	12 000	2,7
	Sum kategori 10.90	12 435	11 690	12 000	2,7

Kap. 0797 Helse- og sosialberedskap

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1999	Saldert budsjett 2000	Forslag 2001
01	Driftsutgifter	12 435	11 690	12 000
	Sum kap 0797	12 435	11 690	12 000

Overført fra 1999 til 2000:
Post 01: 216 000 kroner

Helse-, sosial- og trygdeberedskapen bygger på virksomhetsideen til det sivile beredskap (St.meld. nr. 24, 1992-93): "Det sivile beredskap skal, med sikte på kriser og krig, sørge for at samfunnet fungerer mest mulig normalt, gi befolkningen størst mulig sikkerhet for liv, helse og velferd, samt yte støtte innenfor rammen av det norske totalforsvar." St.meld. nr. 25 (1997-98) Hovedretningslinjer for det sivile beredskapsvirksomhet og utvikling i tiden 1999-2002 vektlegger bl.a. fredskriseplanlegging og bruk av internkontrollmetoden i beredskapsarbeidet.

Helse-, sosial- og trygdeberedskap er integrert i sektorens ordinære virksomhet og er hovedsakelig finansiert over de ordinære driftsbudsjetter. Bevilgningen over kap. 797 omfatter særlige beredskapstiltak, samt delfinansiering av tiltak over driftsbudsjettene. På grunn av sammenhengen mellom de ulike tiltakene er også enkelte beredskapstiltak som finansieres over de ordinære driftsbudsjetter omfattet av fremstillingen nedenfor.

Formål og hovedprioriteringer

Helseberedskap

Helseberedskapen skal, med sikte på kriser i fred og i krig, best mulig verne befolkningens helse, sørge for nødvendig medisinsk behandling, pleie og rehabilitering, samt yte slike tjenester innen rammen av det sivile beredskap og det militære forsvar.

Sosialberedskap

Sosialberedskapen skal, med sikte på kriser i fred og i krig, best mulig opprettholde befolkningens velferd, yte midler til livsopphold, sørge for pleie, omsorg, praktisk hjelp, avlastning og informasjon til dem som er avhengig av dette. Dette skal skje i samarbeid med andre og innen rammen av Totalforsvaret.

Trygdeberedskap

Trygdeberedskapen skal, med sikte på kriser i fred og i krig, sørge for en forvaltning slik at trygdeetaten i størst mulig grad fortsatt kan oppfylle de lovbestemte krav som befolkningen har på inntektssikring og kompensasjon for bestemte utgifter.

Resultatrapportering 1999/2000 - satsingsområder i 2001

Helseberedskap

Oppdatering av organisering og ansvarsforhold:

Ved Kgl.res av 26. juni 1998 ble det fastsatt nytt mandat for sentral og regional organisering av atomulykkesberedskapen, som erstatter Kgl.res. av 12. mars 1993; Mandat for sammensetning av Faglig råd og Kriseutvalget ved atomulykker. I 1999 og 2000 har departementet ved Statens strålevern implementert føringene fra Kgl.res av 26. juni 1998 som gjelder fredsorganisering. Arbeidet vil bli fulgt opp i år 2001.

Flere av Sosial- og helsedepartementets underlagte virksomheter, har bidratt med faglige vurderinger til Sårbarhetsutvalget (Willoch-utvalget).

Lovverk

Sosial- og helsedepartementet startet i 1995 et utredningsprosjekt med formål å utarbeide forslag til ny lov om helsemessig og sosial beredskap i fredstid og krig. Utredningen ble fremlagt sommeren 1997. Departementet fremmet 25. juni 1999 Ot.prp. nr. 89 (1998-99) om lov om helsemessig og sosial beredskap. Lovforslaget ble vedtatt av Stortinget 9. juni 2000, jf. Innst. O. nr. 79 (1999-2000). Det tas sikte på at lov av 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap skal tre i kraft 1. juli 2001. Loven endrer flere andre lover på helse- og sosialområdet (lov 19. mai 1933 nr. 3 om tilsyn med næringsmidler m.v, lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten, lov 17. mars 1978 nr. 6 om samordnet næringsmiddelkontroll, lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene, lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester og lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer). Trygdeberedskap er ikke omfattet av lov om helsemessig og sosial beredskap. Departementet vil derfor legge frem forslag til beredskapsbestemmelser i folketrygdloven høsten 2000. Lov 12. mai 2000 nr. 36 om strålevern og bruk av stråling, som ble vedtatt av Stortinget og sanksjonert våren 2000, omfatter også bestemmelser om atomulykkesberedskap.

Beredskapsplaner

Sosial- og helsedepartementet har, som ledd i et eget pilotprosjekt, innført internkontroll og kvalitetsstyring i beredskapsplanleggingen. I 1999 var arbeidet i stor grad rettet mot sektorens 2000 forberedelser.

Sosial- og helsedepartementet og underliggende virksomheter la i 1999 stor vekt på å følge opp ulike virksomheters forberedelser i forhold til år 2000-problematikken (bl.a. innen spesialist- og kommunehelsetjenesten, vannverk mv.). Arbeidet ble gjennomført i nært samarbeid med regjeringens Aksjon 2000 og Direktoratet for sivilt beredskap. På fylkesplan var det et tett samarbeid mellom fylkesleger og fylkesmenn. Arbeidet ble etter hvert fokusert mot at den nødvendige beredskap måtte være på plass innen årsskiftet. I oktober ga Statens helsetilsyn hele 77 kommuner pålegg om å sikre at nødvendig beredskap ble ivaretatt. I desember 1999 meldte samtlige sykehus og kommuner at de hadde nødvendig beredskap på plass. På departementets område ble det ikke rapportert om alvorlige problemer som følge av overgangen til nytt årtusen.

I år 2001 vil Sosial- og helsedepartementet fortsette arbeidet med å integrere beredskapsplanleggingen i departementet og sektorens ordinære virksomhet. Dette vil bl. a. bli gjort gjennom interne oppfølgingsrutiner i departementet og de statlige etatene samt ved å integrere internkontrollarbeidet og oppfølgingen av lov om helsemessig og sosial beredskap.

I 1997/98 startet arbeidet med å videreføre internkontroll til regionalt nivå med et prøveprosjekt i Vestfold. Prosjektet vil bli videreført i 2001 med sikte på å få en god erfaringsoverføring til andre fylker som ledd i oppfølgingen av lov om helsemessig- og sosial beredskap.

I 2000 har departementet startet revisjon av omleggingsplanene basert på nytt Sivilt beredskapssystem (SBS). Arbeidet vil bli videreført i 2001.

Det er i 2000 gitt økonomisk støttet til et treårig prosjekt i Helseregion Vest som bl.a. har som mål å utarbeide en regional delplan innen helsemessig beredskap. Statens helsetilsyn har også gitt støtte til andre risiko- og sårbarhetsprosjekter i sykehus.

Statens institutt for folkehelse og Statens helsetilsyn har utarbeidet et forslag til nasjonal beredskapsplan for influensaepidemi. Planen planlegges fastsatt av departementet i 2000.

Som en del av arbeidet med IT-sikkerhet arbeider Rikstrygdeverket med å oppdatere og ajourføre trygdeetatens beredskapsplaner for kriser i fred og kriselignende situasjoner. Arbeidet videreføres i år 2001.

Statens næringsmiddeltilsyns (SNT) program for overvåking av radioaktivitet i næringsmidler er under evaluering. SNT vil i 2000 utarbeide en revidert beredskapsveileder for kommunale næringsmiddeltilsyn.

Kompetanseheving - øvelser

Departementet har utgitt en kompetanseplan i beredskap for perioden 1998 – 2000, for å systematisere gjeldende opplæringstiltak og heve den generelle beredskapskompetansen i sektoren. Plan for en ny periode vil bli utarbeidet.

Departementet med utvalgte underliggende virksomheter har i 2000 deltatt i planleggingen av den avlyste totalforsvarsøvelsen TOTEX-2001.

Departementet deltar i diverse øvelser i NATO-sammenheng.

For å bidra til at befolkningen har best mulig kunnskap i førstehjelp har Statens helsetilsyn i flere år bevilget midler til frivillige organisasjoner med sikte på nasjonal kompetanseheving. Bevilgningen vil bli videreført i 2001.

I 1999 og 2000 ble 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 2001.

Statens strålevern vil videreføre kurs-, opplærings og øvelsestiltak for alle nivåer av atomulykkesberedskapen i 2001. Den medisinske beredskap i forhold til strålingsulykker ved norske atomanlegg og anløpssteder for reaktorfartøy er gjennomgått separat. For 2001 vil dette forsøkes samordnet med katastrofeberedskap for ulykker med gass og kjemiske stoffer.

Statens institutt for folkehelse (Folkehelsa) bisto helsemyndighetene i Oslo i samband med det første tilfellet i Norge av miltbrann (anthrax) på over 30 år. Bakterien som gir miltbrann er kjent som biologisk våpen, men i dette tilfellet var årsaken sannsynligvis forurenset narkotika. Folkehelsa samarbeidet med de britiske og irske smitteverninstituttene da disse landene omtrent samtidig opplevde flere uforklarlige dødsfall blant stoffmisbrukere. Hendelsen erstattet Folkehelsas årlige smittevernøvelse.

Folkehelsa har i 2000 særlig økt sin kompetanse på området biologisk terrorisme. Arbeidet prioriteres ytterligere i 2001 med tanke på instituttets oppgaver innenfor 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 2001 blant annet med tanke på å opprette et system for tidlig varsling av alvorlige utbrudd av smittsomme sykdommer. I løpet av 2000 ventes Folkehelsa å få adgang til EU-landenes system for tidlig varsling.

Legemiddelberedskap

Departementets legemiddelberedskap er basert på beredskapslagring av råvarer og ferdige produkter som i størst mulig grad rulleres gjennom leverandørene. Legemiddelberedskapen er under revisjon, basert på et prosjekt som har gjennomgått den nasjonale legemiddelberedskapen mht. forsyningssvikt i fredstid og ved krig (Legemiddelprosjektet). Prosjektet har vurdert de etablerte beredskapssystemene innen legemiddelområdet og kommer med forslag til endrede beredskapsstrukturer i tråd med de overordnede styringssignalene for det sivile beredskap, bl. a. pekes det på behov for å bygge opp en egen enhet for forsyning og legemiddelberedskap. Det er i 1999 og 2000 satt av midler for å styrke bemanningen på dette området. I 1998 og 1999 er gamle medikamentenheter som var utplassert i utvalgte kommuner samlet inn og kassert. Det er foretatt avhending av beredskapsvæskesentraler. En oppfølging av de totale anbefalingene vil være ressurskrevende.

I sammenheng med SNTs 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.

Materiellberedskap

I 1997 ble det i forlengelsen av Legemiddelprosjektet startet et prosjekt for å vurdere beredskapen for medisinsk materiell i regi av Statens helsetilsyn (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 det er manglende forsyningssikkerhet i den løpende forsyning av helsemateriell. Helsetjenesten bør derfor gjøres mer robust, ved å bygge inn forsyningssikkerhet i avtaleverk med leverandører og i sektorens ordinære logistikksystemer. I tillegg påpekes et generelt behov for å forbedre beredskapsplaner og utstyr. Utvalget har også lagt fram forslag til videre håndtering av de gamle lagrene fra 1950 tallet. Rapporten er til vurdering i departementet. En oppfølging av rapporten vil være ressurskrevende og vil pågå over flere år fremover.

Sosial- og trygdeberedskap

I 2000 har arbeidet i hovedsak rettet seg mot lovarbeider, se ovenfor.

Tilstandsvurdering

Beredskapsplaner

De overordnede kriseplanene forventes å danne et godt grunnlag for krisehåndtering på sentralt nivå, og som ramme for sektorens planlegging.

År 2000-problematikken bidro til at helsetjenesten ble nødt til å fokusere særskilt på beredskap. Erfaringer fra Sleipner-havariet og Åsta-ulykken kan tyde på at helsetjenestens beredskap for å takle katastrofesituasjoner er god. År 2000-arbeidet rettet i stor grad 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 i 1999, men det gjenstår fortsatt en del på at helsetjenesten har et tilfredsstillende beredskapsnivå også for svikt i vital infrastruktur.

Lov om helsemessig og sosial beredskap pålegger helse- og sosialtjenestene å utarbeide beredskapsplaner. Departementet forventer at dette vil styrke arbeidet med beredskapsplanlegging på regionalt og lokalt plan. Loven forventes å tre i kraft 1. juli 2001, men det er signalisert at det vil bli fastsatt en overgangsperiode før kravet om å ha beredskapsplaner skal være oppfylt.

Ved ekstraordinære situasjoner i fred eller krig kan behandlingsbehovet i et visst tidsrom bli større enn de tilgjengelige ressurser. Kvantitet og kvalitet i pasientbehandlingen må derfor sikres gjennom planlegging som er basert på risiko- og sårbarhetsanalyser, systematisk anvendelse av praktisk erfaring fra dagliglivet og erfaringer som høstes ved beredskapsøvelser. 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 innsats for å samordne beredskapsplaner og øve disse 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.

Det er etablert begrensede beredskapslagre av medisinsk forbruksmateriell og legemidler med tanke på kriser og forsyningssvikt i fred og eventuell krig. Utstyret rulleres delvis gjennom internasjonale nødhjelpsaksjoner eller gjennom grossistenes generelle lagre. Beredskapslagrene som ble utplassert i 1950 årene rulleres ikke.

Legemiddelprosjektet har vist at legemiddelgrossister og produsenter handler etter "just in time"-prinsippet, noe som bidrar til reduserte legemiddellagre på landsbasis. Av medisinsk utstyr/forbruksmateriell er det svært lite som produseres i Norge, noe som gjør oss helt avhengige av leveranser fra utlandet. Bedre beredskap kan oppnås gjennom avtaler med legemiddelprodusenter og grossister, krisehandelsavtaler og sivile lagre, som bør vurderes samordnet med Forsvarets lagre. Det er behov for økte invester-

inger i legemidler og materiell for å sikre nødvendig leveringssikkerhet til sluttbruker.

Merknader til budsjettforslaget for 2001

Budsjettet for 2001 er en videreføring av budsjettet for 2000.

Sosial- og helsedepartementet

t i l r å r :

1. I St.prp. nr. 1 om statsbudsjettet for år 2001 føres opp de summene som er nevnt i et framlagt forslag:

a. Sum utgifter under kap 600-797, 2480, 2481	kr	32 053 930 000
b. Sum inntekter under kap 3600-3751, 5577, 5578, 5631	kr	488 711 000

Forslag til vedtak for budsjetterminen 2001, kapitlene 600-797, 2480, 2481, 3600-3751, 5577, 5578, 5631

I

Utgifter:

Kap.	Post		Kr	Kr	Kr
		Administrasjon			
0600		Sosial- og helsedepartementet (jf. kap. 3600)			
	01	Driftsutgifter		160 200 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*		6 600 000	166 800 000
0604		Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v. (jf. kap. 3604)			
	01	Driftsutgifter		42 100 000	
	70	Tilskudd til frivillighetssentraler		54 800 000	96 900 000
		Sum Administrasjon			263 700 000
		Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmisbruk m.v.			
0610		Rusmiddeldirektoratet (jf. kap. 3610)			
	01	Driftsutgifter		27 380 000	
	70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid, *kan overføres*		54 200 000	81 580 000
0612		Statens institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon (jf. kap. 3612)			
	01	Driftsutgifter		21 200 000	21 200 000
0614		Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmisbrukere m.v.			
	21	Spesielle driftsutgifter		32 100 000	
	50	Norges forskningsråd		7 000 000	
	63	Utvikling av sosialtjenesten og rusmiddeltiltak, *kan overføres*		162 700 000	
	70	Tilskudd		32 150 000	233 950 000
0616		Statens klinikk for narkomane (jf. kap. 3616)			
	01	Driftsutgifter		23 630 000	23 630 000
		Sum Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmisbruk m.v.			360 360 000

Kap.	Post		Kr	Kr	Kr
		Kontantytelser			
0660		Krigspensjon			
	70	Tilskudd, militære, *overslagsbevilgning*		293 000 000	
	71	Tilskudd, sivile, *overslagsbevilgning*		710 000 000	1 003 000 000
0664		Pensjonstrygden for sjømenn			
	70	Tilskudd		185 000 000	185 000 000
0666		Avtalefestet pensjon (AFP)			
	70	Tilskudd		497 000 000	497 000 000
		Sum Kontantytelser			1 685 000 000
		Eldre og funksjonshemmede			
0670		Tiltak for eldre			
	61	Tilskudd til omsorgstjenester, *kan overføres*		3 495 400 000	
	70	Tilskudd til pensjonistenes organisasjoner m.m.		4 700 000	
	72	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov		5 600 000	3 505 700 000
0673		Tiltak for funksjonshemmede			
	01	Driftsutgifter		11 210 000	
	61	Oppfølging av ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming		834 300 000	
	62	Tilskudd til utskriving av unge funksjonshemmede, *kan overføres*		39 000 000	
	63	Begrenset bruk av tvang		93 600 000	
	65	Psykisk utviklingshemmede med sikringsdom, *kan overføres*		35 000 000	
	72	Tiltak for døvblinde		43 200 000	
	73	Tilskudd til likemannsarbeid		12 820 000	
	75	Tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner		84 620 000	1 153 750 000
0674		Handlingsplan for funksjonshemmede			
	21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*		41 600 000	
	60	Tilskudd til assistenter for funksjonshemmede		45 000 000	86 600 000
0675		Tiltak for eldre og funksjonshemmede			
	01	Driftsutgifter		13 000 000	
	21	Spesielle driftsutgifter		34 600 000	
	50	Norges forskningsråd		24 400 000	
	70	Tilskudd til spesielle formål		15 600 000	87 600 000
0676		Kompetansesentra for funksjonshemmede			
	01	Driftsutgifter		11 700 000	
	21	Kompetansesystem for autister		10 400 000	

Kap.	Post		Kr	Kr	Kr
	70	Kompetansesentra m.m.		95 750 000	117 850 000
		Sum Eldre og funksjonshemmede			4 951 500 000
		Helsetilsyn m.m.			
0700		Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 3700)			
	01	Driftsutgifter		233 600 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*		500 000	234 100 000
0701		Forskning og forsøksvirksomhet			
	21	Spesielle driftsutgifter		136 000 000	
	50	Norges forskningsråd		28 800 000	164 800 000
0702		Nemnd for bioteknologi			
	01	Driftsutgifter		5 820 000	5 820 000
0703		Helsetjenesten for innsatte i fengsel			
	01	Driftsutgifter, kan nyttes under post 60		7 670 000	
	60	Tilskudd til kommuner og fylkeskommuner, *kan nyttes under post 01*		61 100 000	68 770 000
0704		Giftinformasjonssentralen (jf. kap. 3704)			
	01	Driftsutgifter		12 000 000	12 000 000
0705		Kursvirksomhet og stipendier			
	60	Rekruttering m.m. av helsepersonell		35 100 000	
	61	Utdanningstiltak, turnustjeneste m.v.		48 400 000	
	62	Bedriftsinterne videreutdanninger		36 000 000	
	71	Tilskudd til kurs og stipendier til personell innen helsevesenet m.m.		14 000 000	133 500 000
		Sum Helsetilsyn m.m.			618 990 000
		Kommunehelsetjenseste, forebygging og rehabilitering			
0710		Statens institutt for folkehelse (jf. kap. 3710)			
	01	Driftsutgifter		201 600 000	
	21	Formidlingsvirksomhet		113 500 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*		5 000 000	320 100 000
0711		Statens rettstoksikologiske institutt (jf. kap. 3711)			
	01	Driftsutgifter		46 160 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*		6 000 000	52 160 000
0712		Statens helseundersøkelser (jf. kap. 3712)			
	01	Driftsutgifter		46 770 000	

Kap.	Post		Kr	Kr	Kr
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*		1 150 000	47 920 000
0713		Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (jf. kap. 3713)			
	01	Driftsutgifter		36 800 000	36 800 000
0714		Statens tobakksskaderåd (jf. kap. 3714)			
	01	Driftsutgifter		42 700 000	42 700 000
0715		Statens strålevern (jf. kap. 3715)			
	01	Driftsutgifter		48 000 000	
	21	Oppdragsutgifter		32 850 000	80 850 000
0716		Kreftregisteret (jf. kap. 3716)			
	01	Driftsutgifter		32 100 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*		700 000	32 800 000
0718		Rehabilitering			
	21	Spesielle driftsutgifter		11 400 000	11 400 000
0719		Helsefremmende og forebyggende arbeid			
	01	Driftsutgifter		250 000	
	21	Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren, *kan overføres*		35 500 000	
	50	Norges forskningsråd		26 900 000	
	70	Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien og smittevern, *kan overføres*		26 000 000	
	71	Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap m.v.		16 650 000	
	72	Stiftelsen AAN-Alternativ til abort i Norge		10 750 000	116 050 000
		Sum Kommunehelsetjenseste, forebygging og rehabilitering			740 780 000
		Somatiske spesialisttjenester			
0730		Fylkeskommunenes helsetjeneste			
	60	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, *overslagsbevilgning*		12 530 000 000	
	61	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus m.v., *overslagsbevilgning*		3 200 500 000	
	62	Tilskudd til regionsykehus		1 885 000 000	
	63	Refusjon godkjente kapitalutgifter		290 500 000	
	64	Tilskudd til utstyr på sykehus, *kan overføres*		764 000 000	
	66	Helseregionale og andre samarbeidstiltak, *kan overføres*		30 000 000	
	67	Andre tilskudd		44 200 000	18 744 200 000
0731		Rikshospitalet			
	50	Statstilskudd		1 068 600 000	1 068 600 000

Kap.	Post		Kr	Kr	Kr
0733		Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling			
	01	Driftsutgifter		4 700 000	4 700 000
0734		Det norske Radiumhospital			
	50	Statstilskudd		298 600 000	298 600 000
0735		Statens senter for epilepsi (jf. kap. 3735)			
	01	Driftsutgifter		129 440 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*		2 860 000	132 300 000
0737		Barnesykehus (jf. kap. 3737)			
	01	Driftsutgifter		43 480 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*		720 000	44 200 000
0738		Helsetjenesten på Svalbard (jf. kap. 3738)			
	01	Driftsutgifter		12 500 000	12 500 000
0739		Andre utgifter			
	21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, *kan nyttes under post 65*		90 200 000	
	50	Norges forskningsråd		25 600 000	
	60	Tilskudd til helsepersonellbemanning i luftambulansetjenesten		59 000 000	
	61	Tilskudd til driftsavtaler		202 000 000	
	64	Tilskudd til RIT 2000, *kan overføres*		125 900 000	
	65	Kreftbehandling m.m., *kan overføres, kan nyttes under post 21*		216 800 000	
	66	Mammografiscreening		99 600 000	
	71	Tilskudd til Norsk Pasientforening m.fl.		4 500 000	
	72	Tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning		39 100 000	
	74	Reiseutgifter, turnuskandidater		8 900 000	871 600 000
		Sum Somatiske spesialisttjenester			21 176 700 000
		Psykisk helsevern			
0742		Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter			
	01	Driftsutgifter		20 500 000	
	60	Tilskudd		3 800 000	24 300 000
0743		Statlige stimuleringstiltak for psykisk helsevern			
	21	Spesielle driftsutgifter		24 600 000	
	60	Utredninger og utviklingsarbeid, *kan overføres, kan nyttes under post 70*		78 700 000	
	61	Tilskudd til psykososialt arbeid for flyktninger, *kan overføres*		17 100 000	

Kap.	Post		Kr	Kr	Kr
	62	Tilskudd til psykiatri i kommuner, *kan overføres*		823 500 000	
	63	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern i fylkene, *kan overføres*		816 400 000	
	64	Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern for voksne, *kan overføres, kan nyttes under post 65*		56 000 000	
	65	Utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom, *kan overføres, kan nyttes under post 64*		19 000 000	
	70	Tilskudd til forskning, videre- og etterutdanning, *kan overføres, kan nyttes under post 60*		134 500 000	
	72	Tilskudd til Modum bads nervesanatorium		68 800 000	2 038 600 000
		Sum Psykisk helsevern			2 062 900 000
		Legemidler			
0750		Statens legemiddelkontroll (jf. kap. 3750 og 5578)			
	01	Driftsutgifter		100 400 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, *kan overføres*		5 000 000	105 400 000
0751		Apotekvesenet (jf. kap. 3751 og 5577)			
	70	Tilskudd til apotek		76 600 000	76 600 000
		Sum Legemidler			182 000 000
		Helse- og sosialberedskap			
0797		Helse- og sosialberedskap			
	01	Driftsutgifter		12 000 000	12 000 000
		Sum Helse- og sosialberedskap			12 000 000
		Sum departementets utgifter			32 053 930 000
		Statens forretningsdrift			
2480		Rikshospitalets apotek (jf. kap. 5491 og 5603)			
	24	Driftsresultat			
	.1	Driftsinntekter	-124 607 000		
	.2	Driftsutgifter	124 544 000		
	.3	Renter	3 000		
	.4	Avskrivninger	60 000	0	
2481		Radiumhospitalets apotek (jf. kap. 5491 og 5603)			
	24	Driftsresultat			
	.1	Driftsinntekter	-56 300 000		
	.2	Driftsutgifter	56 158 000		
	.3	Renter	25 000		
	.4	Avskrivninger	117 000	0	

Inntekter:

Kap.	Post		Kr	Kr	Kr
		Diverse inntekter			
3600		Sosial- og helsedepartementet (jf. kap. 600)			
	02	Salg av publikasjoner m.v.		5 000	5 000
3610		Rusmiddeldirektoratet (jf. kap. 610)			
	02	Salgs- og leieinntekter		1 236 000	
	04	Gebyrinntekter		7 660 000	8 896 000
3612		Statens institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon (jf. kap. 612)			
	02	Oppdragsinntekter		330 000	330 000
3616		Statens klinikk for narkomane (jf. kap. 616)			
	02	Salgs- og leieinntekter		1 174 000	
	60	Refusjon fra fylkeskommuner		16 058 000	17 232 000
3700		Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 700)			
	02	Gebyrinntekter m.v.		10 000 000	
	70	Refusjon av kontrollutgifter		793 000	10 793 000
3710		Statens institutt for folkehelse (jf. kap. 710)			
	02	Salgs- og leieinntekter		67 609 000	67 609 000
3711		Statens rettstoksikologiske institutt (jf. kap. 711)			
	03	Diverse lønnsinntekter		752 000	752 000
3712		Statens helseundersøkelser (jf. kap. 712)			
	02	Salgs- og leieinntekter		2 631 000	2 631 000
3713		Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (jf. kap. 713)			
	02	Salgs- og leieinntekter		67 000	67 000
3714		Statens tobakksskaderåd (jf. kap. 714)			
	02	Salgs- og leieinntekter		46 000	46 000
3715		Statens strålevern (jf. kap. 715)			
	02	Salgs- og leieinntekter		1 349 000	
	05	Oppdragsinntekter		30 000 000	31 349 000
3716		Kreftregisteret (jf. kap. 716)			
	03	Oppdragsinntekter		1 164 000	1 164 000
3735		Statens senter for epilepsi (jf. kap. 735)			
	02	Salgs- og leieinntekter		7 717 000	
	60	Refusjon fra fylkeskommuner		75 108 000	82 825 000
3737		Barnesykehus (jf. kap. 737)			
	02	Salgs- og leieinntekter		1 349 000	
	60	Refusjon fra fylkeskommuner		3 708 000	5 057 000

Kap.	Post		Kr	Kr	Kr
3738		Helsetjenesten på Svalbard (jf. kap. 738)			
	02	Salgs- og leieinntekter		1 432 000	1 432 000
3750		Statens legemiddelkontroll (jf. kap. 750)			
	02	Gebyrinntekter		159 000	159 000
3751		Apotekvesenet (jf. kap. 751)			
	03	Tilbakebetaling av lån		212 000	212 000
		Sum Diverse inntekter			230 559 000
		Skatter og avgifter			
5527		Vinmonopolavgiften m.m.			
	72	Gebyr på statlige skjenkebevillinger		500 000	
	73	Vinmonopolavgiften		19 200 000	19 700 000
5577		Avgift til staten av apotekenes omsetning (jf. kap. 751)			
	70	Avgift		105 300 000	105 300 000
5578		Avgift på farmasøytiske spesialpreparater (jf. kap. 750)			
	70	Registreringsavgift		57 920 000	
	71	Kontrollavgift		33 030 000	90 950 000
		Sum Skatter og avgifter			215 950 000
		Renter og utbytte			
5631		Aksjer i A/S Vinmonopolet			
	80	Statens overskuddsandel		42 200 000	
	81	Utbytte		2 000	42 202 000
		Sum Renter og utbytte			42 202 000
		Sum departementets inntekter			488 711 000

II

Bestillingsfullmakt

Stortinget samtykker i at Sosial- og helsedepartementet i 2001 kan:

1. foreta bestillinger for inntil 4 mill. kroner utover gitt bevilgning under kap 710 Statens institutt for folkehelse, post 01 Driftsutgifter
2. foreta bestillinger for inntil 70 mill. kroner utover gitt bevilgning under kap 710 Statens institutt for folkehelse, post 21 Formidlingsvirksomhet

III

Betinget tilsagn om tilskudd

Stortinget samtykker i at Sosial- og helsedepartementet i 2001 kan gi betinget tilsagn om tilskudd:

1. for utgiftene ved Det nasjonale aldershjem for sjømenn i Stavern, for pasienter som ikke har hjemstedskommune i Norge. Tilskuddet er begrenset oppad til 3 pasienter og 1 mill. kroner ut over bevilgningen under kap. 670, post 61 Tilskudd til omsorgstjenester.
2. for utgifter ved Hjemmet for døve, Andebu. Tilskuddet er begrenset oppad til 5 mill. kroner under kap 673, post 72 Tiltak for døvblinde.

3. overfor Troms fylkeskommune for utgifter ved regionsenter for døvblindfødte. Tilskuddet er begrenset oppad til 2 mill. kroner under kap. kap 673, post 72 Tiltak for døvblinde.

IV

Garantifullmakt

Stortinget samtykker i at Sosial- og helsedepartementet i 2001 kan gi nye garantier for lån til opprettelse av apotek med 50 mill. kroner, men slik at totalrammen for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger 400 mill. kroner.

V

Merinntektsfullmakt

Stortinget samtykker i at Sosial- og helsedepartementet i 2001 kan overskride bevilgningene under:

1. kap 600 Sosial- og helsedepartementet, post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3600, post 02 Salg av publikasjoner m.v.
2. kap 604 Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver mv, post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3604, post 02 Salgs- og leieinntekter m.m..
3. kap 610 Rusmiddeldirektoratet post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3610, post 02 Salgs- og leieinntekter
4. kap 612 Statens institutt for rusmiddelforskning og dokumentasjon, post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3612, post 02 Oppdragsinntekter
5. kap 616 Statens klinikk for narkomane, post 01 Driftsutgifter, mot tilsvarende merinntekt under kap 3616, post 02 Salgs- og leieinntekter og post 60 Refusjon fra fylkeskommuner
6. kap 700 Statens helsetilsyn og fylkeslegene, post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3700, postene 02 Gebyrinntekter m.m., 03 Refusjon fra NORAD, 04 Diverse inntekter og 70 Refusjon av kontrollutgifter
7. kap 704 Giftinformasjonssentralen, post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3704, post 02 Diverse inntekter
8. kap 710 Statens institutt for folkehelsa, postene 01 Driftsutgifter og 21 Formidlingsvirksomhet mot tilsvarende merinntekt under kap 3710, post 02 Salgs- og leieinntekter
9. kap 711 Statens rettstoksikologiske institutt, post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3711, post 03 Diverse lønnsinntekter
10. kap 712 Statens helseundersøkelser, post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3712, post 02 Salgs- og leieinntekter
11. kap 713 Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3713, post 02 Salgs- og leieinntekter
12. kap 714 Statens tobakksskaderåd, post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3714, post 02 Salgs- og leieinntekter
13. kap 715 Statens strålevern, postene 01 Driftsutgifter og 21 Spesielle driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3715, postene 02 Salgs- og leieinntekter, 03 Diverse lønnsinntekter og 05 Oppdragsinntekter.
14. kap 716 Kreftregisteret, post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3716, posten 03 Oppdragsinntekter
15. kap 735 Statens senter for epilepsi post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3735, posten 02 Salgs og leieinntekter og post 60 Refusjon fra fylkeskommuner
16. kap 737 Barnesykehus post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3737, posten 02 Salgs og leieinntekter og post 60 Refusjon fra fylkeskommuner
17. kap 738 Helsetjenesten på Svalbard, post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3738, post 02 Salgs- og leieinntekter.
18. kap 750 Statens legemiddelkontroll, post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3750, post 02 Gebyrinntekter.

VI

Andre fullmakter

Stortinget samtykker i at:

1. statens andel i 2001 av driftsoverskuddet i A/S Vinmonopolet fastsettes til 40 pst. av resultatet i 2000, før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgiften.
2. det av avgiftspliktig omsetning ved apotekene i 2001 skal svares avgift etter disse satser:

– Av de første kr 17 000 000:	ingen avgift
– Av de neste kr 8 000 000:	1,5 pst.
– Av de neste kr 10 000 000:	3,0 pst.
– Av resten:	3,5 pst.

Det gis et bunnfradrag på 8 mill kroner for hvert filialapotek i avgiftsgrunnlaget.