

Sosial- og helsedepartementet

Kap. 600-797, 2480, 2481

3600-3751, 5577, 5578, 5631 og 5632

St prp nr 1

(1998-99)

FOR BUDSJETTERMINEN 1999

Sosial- og helsedepartementet

*Tilråkning fra Sosial- og helsedepartementet av 18. september 1998,
Godkjent i Statsråd samme dag.*

INNHold

	Side
A. Innledning til budsjettframleggene fra Sosial- og helsedepartementet	1
1. Regjeringens verdigrunnlag og mål for en helhetlig helse- og sosialpolitikk	1
2. Nærmere om Sosial- og helsedepartementets budsjettforslag for 1999	3
3. Noen utviklingstrekk innenfor helse- og sosialsektoren	11
4. Personell- og kvalifiseringstiltak innenfor Sosial- og helsedepartementets ansvarsområde	14
5. Revidering av helselovgivning	19
6. IT og statistikkarbeid	19
7. Forsknings-, forsøks- og annet utviklingsarbeid	21
8. Ansvarsfordelingen mellom sosialministeren og helseministeren for de enkelte budsjettkapitler og poster	25
9. Tilpasning til nytt økonomireglement	26
10. Sektorovergripende miljøvernpolitikk	27
11. Oversiktstabeller	29
12. Stillingsoversikt	35
13. Garantiordninger	36
14. Bruk av stikkordet "kan overføres"	37
 B. Nærmere om budsjettforslaget for de enkelte programkategorier og kapitler	 38
Programområde 09 Sosiale formål	38
<i>Programkategori 09.00 Administrasjon m.v.</i>	<i>38</i>
Kap.	
600 Sosial- og helsedepartementet (jfr. kap. 3600)	39
603 Forskning, utredning og IT m.v.	41
604 Etat for rådssekretariatet og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v (jfr. kap. 3604)	41
605 Moderniserings- og utviklingsarbeid	48
 <i>Programkategori 09.10 Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmissbruk m.v.</i>	 <i>49</i>
Kap.	
610 Rusmiddeldirektoratet (jfr. kap. 3610)	53
612 Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (jfr. kap. 3612)	57
613 Statens fond for alkoholfrie overnattings- og serveringssteder (jfr. kap. 3613)	59
614 Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmissbrukere m.v.	61
616 Statens klinikk for narkomane (jfr. kap. 3616)	65
5527 Vinmonopolavgiften m.m.	67
5631 Aksjer i A/S Vinmonopolet	68

<i>Programkategori 09.50 Sosialtjenesten.</i>	71
Kap.	
651 Forsøksvirksomhet, opplysningsvirksomhet m.v. innen sosialsektoren....	71
<i>Programkategori 09.60 Kontantytelser.</i>	72
Kap.	
660 Krigspensjon	72
664 Pensjonstrygden for sjømenn	76
666 Avtalefestet pensjon (AFP)	78
3661 Sykepenger.....	80
<i>Programkategori 09.70 Eldre og funksjonshemmede.....</i>	81
Kap.	
670 Tiltak for eldre.....	88
672 Rådet for funksjonshemmede.....	92
673 Tiltak for funksjonshemmede.....	92
674 Handlingsplan for funksjonshemmede.....	99
675 Tiltak for eldre og funksjonshemmede.....	101
676 Kompetansesentra for funksjonshemmede (nytt)	104
Programområde 10 Helsevern.....	108
<i>Programkategori 10.00 Helsetilsyn m.m.</i>	108
Kap.	
700 Statens helsetilsyn (jfr. kap. 3700)	108
701 Forsøks- og utviklingsvirksomhet	115
702 Nemnd for bioteknologi	122
703 Helsetjenesten for innsatte i fengsel	123
704 Giftinformasjonssentralen (jfr. kap. 3704)	124
705 Kursvirksomhet og stipendier	126
<i>Programkategori 10.10 Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering</i>	130
Kap.	
710 Statens institutt for folkehelse (jfr. kap. 3710).....	140
711 Statens rettspsykiatriske institutt (jfr. kap. 3711).....	144
712 Statens helseundersøkelser (jfr. kap. 3712).....	147
713 Statens ernæringsråd (jfr. kap. 3713)	150
714 Statens tobakkskaderåd (jfr. kap. 3714)	154
715 Statens strålevern (jfr. kap. 3715)	157
716 Kreftregisteret (jfr. kap. 3716)	160
717 Til gjennomføring av lov om svangerskapsavbrudd	162
718 Rehabilitering.....	162
719 Helsefremmende og forebyggende arbeid.....	167
<i>Programkategori 10.20 Rehabilitering.</i>	176
Kap.	
720 Rehabilitering.....	176

<i>Programkategori 10.30 Somatiske spesialisttjenester</i>	177
Kap.	
730 Fylkeskommunenenes helsetjeneste	183
731 Rikshospitalet (jfr. kap. 3731)	194
733 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger	203
734 Det norske Radiumhospitalet (jfr. kap. 3734)	203
735 Statens senter for epilepsi (jfr. kap. 3735)	210
737 Barnesykehus (jfr. kap. 3737)	212
738 Helsetjenesten på Svalbard (jfr. kap. 3738)	217
739 Andre utgifter (jfr. kap. 3739)	219
 <i>Programkategori 10.40 Psykisk helsevern</i>	233
Kap.	
740 Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (jfr. kap. 3740)	242
742 Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter	244
743 Statlige stimulerings tiltak for psykisk helsevern	246
 <i>Programkategori 10.50 Legemidler</i>	260
Kap.	
750 Statens legemiddelkontroll (jfr. kap. 3750 og 5578)	262
5578 Avgift på farmasøytiske spesialpreparater	264
5632 Aksjer i Norsk Medisinaldepot A/S	264
751 Apotekvesenet (jfr. kap. 3751 og 5577)	265
2480 Rikshospitalets apotek	268
2481 Radiumhospitalets apotek	270
5577 Avgift til staten av apotekenes omsetning	271
 <i>Programkategori 10.60 Helse- og sosialtjenesten i kommuner og fylkeskommuner</i>	272
Kap.	
760 Fylkeskommunenenes helse- og sosialtjeneste	272
761 Kommunenenes helse- og sosialtjeneste	273
 <i>Programkategori 05.30 Helse- og sosialberedskap</i>	274
Kap.	
797 Helse- og sosial beredskap	274
 Forslag til vedtak	278

A. Innledning til budsjettframleggene fra Sosial- og helsedepartementet

1. REGJERINGENS VERDIGRUNNLAG OG MÅL FOR EN HELHETLIG HELSE- OG SOSIALPOLITIKK

Regjeringen ønsker å fremme et samfunn bygd på likeverd, omsorg og respekt for enkeltmenneskets verdi. Et solidarisk og humanitært samfunn bygger på mennesker som viser medmenneskelighet, har omsorg for de svakeste og tar ansvar for andre, for miljøet og for kommende generasjoner. Regjeringen vil bidra til å motvirke forhold som gir ulikhet i levekår og samtidig legge forholdene til rette for at den enkelte skal kunne ta ansvar for seg selv og andre. Regjeringens mål er at det norske velferdssamfunnet skal ha likeverdige helse- og sosialtjenester for alle uansett bosted og økonomiske forutsetninger. Regjeringen vil føre en helse- og sosialpolitikk basert på verdier som økonomisk og sosial trygghet, felles finansiering og rettferdig fordeling av rettigheter og plikter. Regjeringen vil legge fram en stortingsmelding som gir en bred beskrivelse av forskjeller i levekår og foreslå tiltak for å snu uheldige utviklingstrekk.

Velferd og gode levekår skal komme både nåværende og framtidige generasjoner til gode. En stabil og god økonomi er viktige forutsetninger for kvaliteten og omfanget av velferdsordningene i framtiden. Den økonomiske utviklingen er avgjørende for mulighetene til å gjennomføre nye reformer samt å videreføre, eventuelt forbedre eksisterende ordninger. Den økonomiske situasjonen vil til en hver tid også gjøre det nødvendig å foreta prioriteringer mellom de ulike velferdsgodene, og mellom trygdeordninger og et godt utbygd tjenestetilbud.

Prioritet til den som trenger det mest

Det er behov for en stram budsjettpolitikk. Innenfor en slik budsjettpolitikk prioriterer Regjeringen midler til helse og omsorg.

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

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

Behovet for helsetjenester vil øke i årene framover etter hvert som det blir stadig flere eldre. Samtidig forventes en videre utvikling av medisinsk teknologi og, som en konsekvens av det, økt etterspørsel etter helsetjenester. Regjeringen vil sikre økt ressurstilgang til helsetjenesten fremover samtidig som eksisterende ressurser brukes på en effektiv måte. En nasjonal kreftplan skal bidra til å forebygge og behandle det voksende antall krefttilfeller. Gjennom en forpliktende handlingsplan for styrking av tilbudet til mennesker med psykisk lidelser tas et nødvendig løft for denne pasientgruppen som lenge har hatt et for dårlig tilbud.

Eldreomsorgen må styrkes i kvalitet og kvantitet. Det er viktig for Regjeringen å legge til rette for at den enkelte kan få en omsorg i hjem eller institusjon best mulig tilpasset ønsker og behov.

Handlingsplan for eldreomsorgen legger grunnlaget for en utbygging som vil sikre et godt og fleksibelt tjenestetilbud for eldre. Staten bidrar med tilskudd til utbygging av omsorgsboliger og sykehjemsplasser, øremerkede midler til dekning av renter og avdrag på lån, og øremerkede midler til pleie- og omsorgstjenester. Kommunene skal med disse virkemidlene være i stand til å bygge ut tilbudet i takt med aldersutviklingen og til å heve kvaliteten på det tilbudet som gis.

Sosial trygghet gjennom folketrygden

Ved utgangen av 1997 mottok nærmere 1,5 millioner mennesker stønader fra folketrygden.

Regjeringen holder fast ved folketrygden som det bærende element i vårt samlede sosiale sikringssystem. Folketrygden skal sikre inntekt og kompensasjon for utgifter ved alderdom, uførhet, sykdom, fødsel, arbeidsledighet og tap av forsørger. Det gir økonomisk trygghet og bidrar til både sosial omfordeling og omfordeling innenfor den enkeltes livsløp.

Folketrygden skal også bidra til hjelp til selvhjelp med sikte på at den enkelte skal kunne forsørge seg selv og klare seg best mulig til daglig.

Trygdeordningene må vurderes i forhold til formålene, behovene og samfunnsutviklingen. Regjeringen legger stor vekt på at folketrygden skal være forutsigbar for den enkelte, men dette innebærer også at eksisterende ordninger må tåle å bli vurdert på nytt for å tilpasses endringer i befolkningens behov og samlede prioriteringer. Gjennom økningen i minstepensjonen med 1 000 kroner pr. måned fra 1. mai 1998 ble det gjort et løft for å bedre økonomien til dem med lavest folketrygdpensjon.

Regjeringen legger i 1999 opp til en viss generell, økonomisk tilstramming som alle må ta sin del av. Bl.a. foreslås det å redusere antall feriedager med 1, fra 25 til 24 virkedagers ferie. Som følge av det vil prosentatsen for feriepengene bli foreslått nedjustert med 0,4 prosentenheter, fra 10,2 pst. til 9,8 pst. av arbeidsforstjenesten i opptjeningsåret. Redusert ferie i kombinasjon med redusert sats for feriepengene innebærer at lønnstakere må arbeide en dag mer i året uten at dette gir økt inntekt når en ser lønn og opptjening av feriepengene under ett. En del av den samlede inntektsveksten fra 1998 til 1999 skyldes at lønnstakere må arbeide en dag mer i året.

I henhold til Stortingets retningslinjer for regulering av grunnbeløpet skal "Siktemålet for reguleringa vere å gi pensjonistar med folketrygdpensjon ei inntektsutvikling om lag på linje med venta utvikling for yrkesaktive og i tråd med dei prinsipp og mål som er lagt til grunn for gjennomføringa av det inntektspolitiske opplegget ellers". Regjeringen anser forslaget å være i tråd med de retningslinjer Stortinget har vedtatt for regulering av grunnbeløpet når en ser lønn og opptjening av feriepengene under ett.

Det er som en budsjettmessig forutsetning lagt til grunn en regulering av grunnbeløpet våren 1999 som gir 0,3 prosentpoeng lavere vekst fra 1998 til 1999 enn den anslåtte lønnsveksten for arbeidstakere. Dette gir en redusert utbetaling på 300 mill. kroner.

Det har i de senere årene vært en sterk vekst i de sykdomsrelaterte trygdeytelsene, både sykepenger, rehabiliteringspenger og uførepensjon. Dette kan delvis ha sammenheng med at stadig økt sysselsetting rekrutterer grupper som av helsemessige eller sosiale årsaker ellers ikke ville vært yrkesaktive. For å sikre folketrygden også i framtiden og for å kunne finansiere helse- og omsorgstjenester, er det nødvendig å iverksette tiltak for å begrense veksten i utgiftene. Regjeringen viderefører full lønnskompensasjon ved sykdom. Inntektsgrensen for lønnskompensasjon fra folketrygden øker til 1 ¼ G.

Det er viktig at trygdeordningene er fleksible og at det er mulighet til å kombinere arbeid og trygd. Mange mennesker må avbryte atferdsforsøk på grunn av helsemessige eller sosiale problemer. Det er behov for bedre samarbeid mellom helsetjeneste, trygdeetaten og arbeidsmarkedetaten. Mange eldre har god helse og et aktivt liv etter fylte 67 år. Samtidig er det mange som mer eller mindre frivillig slutter i arbeid langt tidligere. Gjennomsnittlig pensjoneringsalder er nå rundt 60 år, og gjennomsnittlig pensjoneringsalder for nye uførepensjonister er rundt 50 år. Det er et mål at den gjennomsnittlige avgangsalderen ikke går ytterligere ned, samtidig som det er ønskelig at pensjoneringstidspunktet kan bli mer tilpasset den enkeltes behov. En utredning om førtidspensjon og fleksibel pensjonering vil bli lagt frem senere i høst. Utredningen vil deretter bli sendt på høring og fulgt opp med framlegg til Stortinget.

Den økonomiske politikken

Norge er inne i det sjettede året på rad med sterk økonomisk vekst. Det har gradvis bygd seg opp ubalanser i norsk økonomi med bl.a. økende mangel på arbeidskraft i mange sektorer. Lønnsveksten har i år økt sterkt og ligger vesentlig høyere enn hos våre handelspartnere. Dersom denne utviklingen fortsetter, vil det føre til et økonomisk tilbakeslag og økt arbeidsledighet. Dempet press i norsk økonomi er en nødvendig forutsetning for at lønns- og kostnadsveksten igjen skal komme ned på samme nivå som hos våre handelspartnere. Et stramt finanspolitisk opplegg for 1999 er det viktigste virkemiddelet for å dempe presset og gjenopprette balansen i norsk økonomi.

I tillegg må finanspolitikken underlegges krav til langsiktighet, der det særlig tas hensyn til at framtidig oljepris er usikker. Den økonomiske politikken må baseres på at petroleumsinntektene etter hvert vil gå ned, samtidig som det økende antallet eldre i befolkningen vil føre til kraftig økninger i pensjonsutgiftene og et økende behov for pleie- og omsorgstjenester. For å sikre staten økonomisk handlefrihet er det nødvendig at statens finanser styrkes ved avsetning av midler i Statens petroleumsfond.

Budsjettopplegget for 1999 er basert på en finanspolitisk innstramming, målt ved endringer i det olje-, rente- og aktivitetskorrigerede budsjettunderskuddet, på snaut 1 prosent av BNP for Fastlands-Norge. Den reelle økningen i statsbudsjettets utgifter anslås til 1 pst. fra 1998 (anslag på regnskap) til 1999. Det er da korrigert for visse konjunkturmessige og regnskapsmessige forhold. I forhold til vedtatt budsjett for 1998 innebærer budsjettopplegget en reell økning i statsbudsjettets utgifter på omlag 1 $\frac{3}{4}$ pst.

2. NÆRMERE OM SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENTETS BUDSJETTFORSLAG FOR 1999

2.1 Samlet budsjettforslag fordelt på programområder

Sosial- og helsedepartementets samlede budsjettforslag for 1999 er på 167,0 mrd. kroner (jfr. tabell 1). Dette svarer til om lag 14,3 pst. av forventet brutto nasjonalprodukt for 1999. Folketrygdens utgifter utgjør en dominerende andel med ca 85 pst. av de samlede utgiftene på Sosial- og helsedepartementets budsjett.

Budsjettforslaget innebærer en vekst på 10,7 pst. sammenliknet med vedtatt budsjett for 1998 målt i løpende priser, eller ca 16,1 mrd. kroner. Utgiftene til folketrygden øker med om lag 14,5 mrd. kroner. Om lag 6 mrd. kroner av denne veksten skyldes økt grunnbeløp i folketrygden fra 1. mai 1998. I tillegg bidrar den særlige økningen av minstepensjonen fra samme dato til om lag 2,1 mrd. kroner av økningen.

Når en i tillegg korrigerer for virkningen av forventet pris og lønnsvekst fra 1998 til 1999 og enkelte tekniske forhold, særlig overgangen til nettobudsjettering for statssykehusene, innebærer budsjettforslaget en underliggende utgiftsvekst på om lag 4 pst., eller ca. 6 $\frac{1}{4}$ mrd. kroner.

Av denne underliggende veksten på 6 $\frac{1}{4}$ mrd. kroner utgjør veksten i sykepenges vel 500 mill. kroner. Utgiftene til uførepensjon er anslått å øke med omlag 2 mrd. kroner. Blant de største postene i trygdebudsjettet ellers, viser utgiftene til alderspensjoner en økning på knapt 800 mill. kroner, rehabiliteringspenges om lag 550 mill. kroner, og tekniske hjelpemidler knapt 400 mill. kroner. Satsingen på eldre viser en reell styrking med nesten 750 mill. kroner. Bevilgningene samlet til psykiatri, innsatsstyrt finansiering av somatiske sykehus, kreftomsorg og sykehusutstyr økes reelt med om lag 650 mill. kroner på Sosial- og helsedepartementets budsjett. I tillegg styrkes bevilgningen under andre departements budsjett (særlig Kommunal- og regionaldepartementets budsjett) med 275 mill. kroner i forbindelse med disse helsesatsingene.

Den underliggende veksten i budsjettet for 1999 vil i forhold til anslag på regnskap for 1998 være noe mindre på grunn av tilleggsbevilgninger bl.a. i revidert nasjonalbudsjett, økte utgifter til uførepensjon, sykepenges m.v. Samlet kan disse komme til å utgjøre opp mot 2 mrd. kroner.

Tabell 1. Sosial- og helsedepartementets samlede budsjett (utgifter) fordelt på programområder. Mill. kroner.

Programområde	Regnskap 1997	Bevilgning 1998	Forslag 1999	Endring 1998-1999	Endring 1998-1999 i pst.
<i>Statsbudsjettet :</i>					
09 Sosiale formål	4 451	4 837	5 940	1 103	22,8
10 Helsevern	14 767	18 951	19 437	486 ¹⁾	2,6 ¹⁾
05.3 Helse- og sosialberedskap	11	12	12		0,4
Sum statsbudsjettet	19 229	23 800	25 389	1 589 ¹⁾	6,7 ¹⁾
<i>Folketrygden :</i>					
29 Sosiale formål	108 707	113 780	127 786	14 006	12,3
30 Helsevern	12 522	13 293	13 787	494	3,7
Sum folketrygden	121 229	127 073	141 573	14 500	11,4
Sum Sosialdepartementet	140 458	150 873	166 962	16 089 ¹⁾	10,7 ¹⁾

1) Veksten i utgiftene under programområde 10 Helsevern er 1,13 milliarder kroner større når en korrigerer for overgang til nettobudsjettering av Rikshospitalet og Det norske Radiumhospital. Tatt hensyn til dette blir utgiftsveksten under

programområde 10 Helsevern på ca. 1,6 milliarder kroner og 8,5 pst. (ikke 2,6 pst), og veksten på Sosial- og helsedepartementets del av statsbudsjettet blir på ca. 2,7 milliarder kroner og 11,4 pst. (ikke 6,7 pst). Veksten i de samlede utgiftene på Sosial- og helsedepartementets del av statsbudsjettet inklusiv folketrygden blir på 17,2 milliarder kroner og 11,4 pst. (ikke 10,7 pst) fra 1998 til 1999.

2.2 Nærmere om profilen i budsjettet

Sosial- og helsedepartementet har i budsjettet følgende prioriteringer:

- Det gjennomføres en omfattende utbygging av eldreomsorgen. Handlingsplanperioden forlenges med 2 år. Øremerket driftstilskudd videreføres uendret.
- Utbyggingen av behandlingskapasitet i somatiske sykehus fortsetter.
- Den målrettede satsingen på psykiatri på kommunalt og fylkeskommunalt nivå økes.
- Den femårige plan for utstyrsinvesteringer på sykehus gjennomføres.
- Nasjonal kraftplan gjennomføres.
- Det arbeides videre med planlegging og iverksetting av fastlegereformen fra januar 2000.
- Økt satsing på personelltiltak i sammenheng med planene for helse- og eldreomsorg.
- Handlingsplan for redusert bruk av rusmidler gjennomføres.
- En St.meld. om handlingsplan for funksjonshemmede for 1998-2001 legges fram samtidig med statsbudsjettet.
- Hovedlinjene i trygdeordningene videreføres.

2.2.1 Satsingsområder

Økte midler i forhold til vedtatt budsjett 1998 til viktige satsinger på Sosial- og helsedepartementets budsjett i mill. kroner.

Handlingsplanen for eldreomsorg	800
<i>Herav</i>	
- Øremerket driftstilskudd	695
- Skjønnsnett til kommuner med utilfredsstillende tilbud	105
Oppfølging av helseplaner	
- Psykiatri	400 ¹⁾
- Utstyr i sykehus	130
- Nasjonal kreftplan	135
Øvrige tiltak innen helsesektoren	
- Innsatsstyrt finansiering	300 ²⁾
- Annen forebygging	10
- Fastlegereformen	90
- Tannhelsetiltak	8
Endringer i trygdeordninger m.v.:	
- Rett til pleiepenger heves fra 16 til 18 år	12 ³⁾
- Kjøp av behandling	15
- Oppfølging av langtidssykmeldte m.v.	13
- Likt grunnlag for krigspensjoner	16
Øvrige tiltak innen sosialsektoren	
- Tiltak mot rusmiddelmisbruk	42
- Handlingsplanen for funksjonshemmede	54

1) Herav 165 mill. kroner som frie inntekter og 16 mill. kroner til omsorgsboliger og bostøtte på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett, 9 mill. kroner til ulike sysselsettingstiltak på Arbeids- og administrasjonsdepartementets budsjett og 20 mill. kroner til utdanningstiltak under Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementets budsjett.

2) Herav 60 mill. kroner som frie inntekter under Kommunal- og regionaldepartementets budsjett. I tillegg prisjusteres bevilgningen med 4,25 pst.

3) Tiltaket inngår som en del av handlingsplanen for funksjonshemmede som samlet utgjør 66 mill. kroner.

Handlingsplan for eldreomsorg

Gjennomføring av Stortingets vedtak i forbindelse med St. meld. nr. 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen er et viktig satsingsområde for Regjeringen. Både av hensyn til presset i byggemarkedet, den generelle økonomiske situasjonen og for å gi kommunene bedre tid til planlegging og gjennomføring av tiltak innenfor handlingsplanen, foreslår Regjeringen å utvide planperioden med 2 år, til 2003. Rammene for tilsagn om tilskudd til investeringer i sykehjem og omsorgsboliger på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett reduseres fra 5 800 nye enheter til 3 700 nye enheter i 1999, i tråd med utvidelsen av handlingsplanperioden. For å øke tjenestetilbudet foreslås det at de øremerkede midlene til drift på kap. 670, post 61 økes med 800 mill. kroner, slik det ble varslet i kommuneøkonomiproposisjonen for 1999 (jfr. St.prp. nr. 60 (1997-98)). Dette vil bl.a. gi rom for en styrking av hjemmetjenestene i den perioden fra kommunene klarlegger og igangsetter bygging, til bygningene er innflyttningsklare. En nærmere vurdering av kommunenes økonomi i 1999 og mulige konsekvenser for realiseringen av handlingsplanen for eldreomsorg er gitt nedenfor under punkt 2.3. Den nasjonale målsettingen om 12 030 årsverk og 24 400 nye omsorgsboliger/sykehjemsplasser innen handlingsplanperiodens utløp vil stå fast.

Satsing på helsetiltak*Styrking av psykiatrien*

Ved sin behandling av St.prp. nr. 63 (1997-98) sluttet Stortinget seg til hovedlinjene i opptrappingsplanen for psykisk helse. Planen innebærer at det skal investeres for ca. 6,3 mrd. kroner i løpet av planperioden 1999-2006, og at driftsutgiftene gradvis økes til et nivå som ligger reelt ca 4,6 mrd. kroner over utgiftsnivået i 1998. 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.

I budsjettforslaget for 1999 avsettes det 400 mill. kroner mer til psykisk helsevern sammenliknet med vedtatt budsjett for 1998. Med dette tas et første skritt i realiseringen av opptrappingsplanen. I tråd med St.prp. nr. 63 (1997-98) er det lagt opp til en moderat innfasing av opptrappingsplanen i begynnelsen av planperioden. En nærmere vurdering av kommunesektorens økonomi og realiseringen av handlingsplaner for prioriterte områder er gitt nedenfor under punkt 2.3. Som et fundament for psykiatrisatsingen foreslås det å øke de frie inntektene med 65 mill. kroner. Denne grunnfinansieringen er forbeholdt fylkeskommunene. Det er for øvrig fordelt 335 mill. kroner til opptrappingsplanen fordelt med 130 mill. kroner til kommunene, knapt 160 mill. kroner til fylkeskommunene og knapt 50 mill. kroner til ulike statlige tiltak herunder utdanningstiltak.

Utstyr til sykehus

Ved behandlingen av St.prp. nr. 61 (1997-98) Om Nasjonal kraftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus, jfr. Innst.S. nr. 226 (1997-98) vedtok Stortinget en 5-årig plan for å bedre utstyrssituasjonen i norske sykehus. Planen skal iverksettes i perioden 1998-2002 med en samlet bevilgningsramme på nesten 3 mrd. kroner. Medregnet fylkeskommunal medfinansiering legges det opp til ca. 5,3 mrd. kroner til investeringer i medisinsk teknisk utstyr i løpet av planperioden. Bevilgningen økes med 130 mill. kroner i 1999 til totalt 295 mill. kroner.

Nasjonal Kreftplan

I handlingsplanen for en bedre kreftomsorg er mammografiscreeningen planlagt utvidet til et landsdekkende tilbud til kvinner i alderen 50-69 år. Kosthold, mosjon og røykfrihet er innsatsområder i det kreftforebyggende arbeidet. Innen år 2003 skal tidlig diagnose ved masseundersøkelser og utbygging av tiltak for påvisning av arvelig kreft gi et bedre system for tidlig diagnose og redusert dødelighet av kreft. Innen år 2003 skal den nasjonale stårlebehandlingskapasiteten bygges opp til det nivå som WHO anbefaler - 36 strålemaskiner i Norge. I budsjettet for 1999 foreslås det om lag 135 mill. kroner til tiltak mot kreft, spesielt for å styrke stråleterapitilbudet. Det bevilges også midler til styrking av forebyggingsstiltak i regi av Statens Ernæringsråd og Statens Tobakksskaderåd, tiltak mot radon og utvidelse av mammografiscreening. Samlet oppfølging av St.prp. nr. 61 er for 1999 265 mill. kroner.

Sykehusbehandling - innsatsstyrt finansiering

Refusjonsandelen i innsatsstyrt finansieringsordning for sykehus er for 1999 videreført med 45 pst. som i 1998. Refusjonen er justert med 4,25 pst. for prisstigning. For fortsatt å stimulere til økt behandling uten innleggelse, inkluderes dagkirurgi i ISF fra 1. januar 1999. Tiltaket innebærer erstatning av dagkirurgiske takster med DRG-refusjon.

Målsettingen for 1999 er en aktivitetsvekst på ytterligere $\frac{3}{4}$ pst. i forhold til 1998, og ressursinnsatsen er økt med omlag 300 mill. kroner ved styrking av fylkeskommunenes rammetilskudd og på øremerket DRG post. Det er sannsynlig at aktiviteten i 1998 vil bli noe høyere enn tidligere budsjettert. Endelig avklaring av dette vil bli foretatt i mai 1999. Av den økte bevilgningen på 300 mill. kroner er 175 mill. kroner avsatt for å dekke inn de økonomiske konsekvensene av en meraktivitet utover tidligere budsjettering.

Forebygging

I tillegg til styrkingen av forebyggingstiltak under kreftplanen med 21 mill. kroner, økes ressursene til annen forebygging med ytterligere 10 mill. kroner. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten styrkes med 2 mill. kroner. Til forebygging av uønskete svangerskap og abort økes ressursinnsatsen med 1 mill. kroner, mens det avsettes 2 mill. kroner til en forsknings- og utviklingsprogram for forebygging av benskjørhet (osteoporose). Antibiotikaresistens er et alvorlig og økende problem. Landbruksdepartementet, Fiskeridepartementet, Miljøverndepartementet og Sosial- og helsedepartementet skal utarbeide en plan for mindre og riktigere bruk av antibiotika, prioritering av forebyggende arbeid for å begrense infeksjoner og for å hindre at antibiotikaresistens spres via forflytning av biologisk materiale. Det bevilges 5 mill. kroner til denne planen.

Innføring av fastlegeordningen

Departementet er i gang med et omfattende reformarbeid og iverksettingsprosjekt som berører hele befolkningen, alle kommuner og allmennleger. I tråd med Stortingets forutsetninger er det etablert et samarbeidsorgan mellom Sosial- og helsedepartementet, Den norske lægeforening (Dnlf), Kommunenes Sentralforbund (KS) og Oslo kommune.

Høsten 1998 sendes ut et høringsnotat som konkret beskriver utformingen av fastlegeordningen, og som inneholder forslag til nødvendige lovendringer. Det legges opp til å fremme en odelstingsproposisjon for Stortinget våren 1999. Det legges opp til at alle landets innbyggere skal få tilbud om å velge fastlege i løpet av høsten 1999.

Stabilitet i primærlegetjenesten er vesentlig for å kunne gi fastlegeordningen et reelt innhold. Det er derfor problematisk at flere kommuner har vanskeligheter med å rekruttere leger til faste stillinger. Dette gjelder særlig kommuner i Nord-Norge, men også for enkelte utkantkommuner i andre deler av landet. Regjeringens langsiktige strategi for å sikre stabilitet i legetjenesten er å øke tilgangen på leger. Det understrekes at det i fastlegeordningen legges opp til finansieringsmodeller som i utgangspunktet sikrer legene rimelige inntektsmuligheter også i kommuner med få innbyggere.

For å bedre stabiliteten i allmennlegetjenesten i utkantkommunene, satses det nå på rekruttering av turnusleger og nyutdannede leger. Departementet ønsker å gjøre det mer attraktivt for unge leger å etablere seg i distriktskommuner. Til tidsavgrensede stimuleringsstiltak foreslås avsatt 15 mill. kroner i 1999. Samtidig vil staten opprettholde en stram regulering av etablering av nye legestillinger for å hindre overetablering av leger i sentrale strøk, med tilsvarende vanskeligheter for utkantkommunene. Samlet styrkes bevilgningene til fastlegereformen med omlag 90 mill. kroner, herunder 10 mill. kroner til kommunene som frie inntekter.

Tannhelsetjenester

Det foreslås en økning på 7,5 mill. kroner til tannhelsetjenesten, bl.a. til utvidelse av støtte til implantatbehandling og til pasientbehandling av pasienter med sjeldne sykdommer. Departementet vil gjennomgå lov og forskriftsverket når det gjelder rett til tannhelsetjenester og til stønad til tannbehandling.

Tiltak innen folketrygdens stønadsområde m.v.

Regjeringen er bekymret for at den økonomiske velstandsutviklingen på 1990 tallet ikke har kommet alle til gode, og at forskjellene mellom dem som har best og dårligst levekår i Norge har økt i de senere årene. Regjeringen vil våren 1999 legge frem en stortingsmelding om levekår. Meldingen skal gi en grundig kartlegging og analyse av utvikling og forskjeller i levekår. Den skal fange opp helheten av inntekt og fordeling i befolkningen, men vil særlig være opptatt av utsatte grupper i samfunnet. Det vil fokuseres spesielt på grupper av

funksjonshemmede og deres familier, pensjonister med dårlige levekår, yrkeshemmede, langtidsledige og langtidsmottakere av sosialhjelp, en del eneforsørgere, barn og ungdom og enkelte innvandergrupper. Stortingsmeldingen vil ha en bred tilnærming til hva levekår innebærer, men vil legge hovedvekten på økonomiske ressurser og deltakelse i arbeidslivet.

I 1998 ble stønadsordningene for enslige forsørgere lagt om etter Stortingets vedtak i 1997, som foreslått av daværende regjering. Hensikten har vært å bedre inntekten for dem som i en midlertidig periode har overgangsstønad som inntektskilde, samtidig som ordningene skal stimulere til selvforsørging gjennom arbeid eller utdanning. Det er satt av egne midler til kjøp av skoleplasser i videregående skole for enslige forsørgere. Regjeringen vil vurdere situasjonen for enslige forsørgere i forbindelse med stortingsmeldingen om utjevning av levekår.

Den sterke veksten etterspørselen etter arbeidskraft har ført til at det er plass til flere med svak helse eller andre problemer på arbeidsmarkedet. Dette kan forklare noe av den økningen vi registrerer i sykefraværet. Et godt arbeidsmiljø er viktig for å forhindre at folk blir syke og for at folk kan komme tilbake i arbeid etter sykdom. Regjeringen vil derfor understreke arbeidsgiverens ansvar for sykdomsforebyggende tiltak. Samarbeidet mellom partene i arbeidslivet videreføres blant annet i form av en særskilt innsats for reduksjon av ensidig gjentakelsesarbeid. Det opprettes et 4-årig prosjekt for et sekretariat for en idébank for sykefraværssarbeid. Det settes av 3 mill. kroner for 1999.

Styrking av trygdeetaten for oppfølging av sykmeldte og bruk av trygdemidler til å kjøpe helsetjenester

Ordningen med trygdeetatens kjøp av helsetjenester trappes opp til å gjelde alle fylker i løpet av 1999. Ordningen styrkes med 15 mill. kroner (til 25 mill. kroner i 1999) i tillegg til at trygdeetaten styrkes administrativt med i alt 10 mill. kroner til oppfølging av sykmeldte.

Heving av aldersgrensen for rett til pleie- og omsorgspenger fra 16 til 18 år

Retten til pleie- og omsorgspenger for kronisk eller alvorlig syke og funksjonshemmede barn økes fra 16 til 18 år. Forslaget vil gi merutgifter på omlag 12 mill. kroner for 1999. Tiltaket inngår under den reviderte handlingsplanen for funksjonshemmede.

Krigspensjoner

Krigspensjoner bygger på et inntektsgradert pensjonsgrunnlag. Det gjenstår nå to pensjonsgrunnlag. Fra 1. september 1999 foreslås det at alle innsats- og overgrepspersoner får en krigspensjon ut fra høyeste pensjonsgrunnlag. Merutgiftene på årsbasis er på om lag 50 mill. kroner, mens utgiftene i 1999 vil være på vel 16 mill. kroner.

Utredning om krigsbarna

I den senere tid har fokus vært rettet mot de såkalte krigsbarna og deres oppvekst etter krigen. Det er bl.a. stilt spørsmål om erstatning og bidrag fra Tyskland ikke er kommet barna til gode som forutsatt. Sosial- og helsedepartementet vil engasjere forskere til å gå igjennom historisk materiale slik at det blir mulig å vurdere om det foreligger grunnlag for erstatning på grunn av svikt fra myndighetenes side.

Øvrige tiltak innen sosialsektoren

En offensiv rusmiddelpolitikk

Regjeringen går inn for en offensiv rusmiddelpolitikk og foreslår en styrking av budsjettet for 1999 med 42 mill. kroner i forhold til vedtatt budsjett for 1998. Den økte bevilgningen vil bli nyttet til oppfølging av St.prp. nr. 58 (1997-98) Handlingsplanen for redusert bruk av rusmiddel (1998-2000) med 20 mill. kroner, og videre utbygging av et landsdekkende tilbud om metadonassistert behandling med 22 mill. kroner.

Handlingsplan for funksjonshemmede

Det fremlegges en stortingsmelding om handlingsplan for funksjonshemmede for perioden 1998-2001. Handlingsplanen følger opp Stortingets behandling av St.meld. nr. 34 (1996-97) Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede 1990-97 og veien videre. Bevilgningene til tiltak under den reviderte handlingsplanen på Sosial- og helsedepartementets budsjett foreslås økt med 66 mill. kroner. Økningen skal bl.a. gå til følgende tiltak; personlige assistenter, forsøksprosjekt med omsorgslønn, tilgjengelighet på trygdekontorene, brukarmedvirkning i trygdeetaten, redusert egenbetaling for høreapparater og heving av aldersgrensen for pleie- og omsorgspenger for foreldre til

funksjonshemmede og alvorlig syke barn. Regjeringen vil nedsette et offentlig utvalg som bl.a. skal vurdere funksjonshemmedes rettigheter.

Oppfølging av stortingsvedtak m.v.

Ny avtalepolitikk for privatpraktiserende helsepersonell

Med virkning fra 1. juli 1998 er det gjennomført endringer i lov om folketrygd som innebærer at trygderefusjoner for undersøkelse og behandling forbeholdes helsepersonell som har driftsavtale med fylkeskommune eller kommune. Lovendringen omfatter leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter, men omfatter ikke kommunalt organisert legevakt og øyeblikkelig hjelp. Allmennleger uten driftsavtale vil fortsatt motta trygderefusjon fram til innføringen av fastlegeordningen. Også yrkesutøvere over 62 år og psykiatere og psykologer vil fortsatt motta trygderefusjon uten krav om driftsavtale i en overgangsperiode. Det er innført en øremerket tilskuddsordning for fylkeskommuner og kommuner som oppretter driftsavgifter med yrkesutøvere som hittil har hatt praksis uten driftsavtale og det er inngått om lag 1 450 nye driftsavgifter med et samlet omfang på vel 900 årsverk. For psykiatere og psykologer er driftsavgiftsomfanget nesten firedoblet. Det er regnet med en innsparing i trygderefusjoner på 180 mill. kroner i 1999, som er omdisponert til tilskuddsordningen.

Stortingsdokument om legemidler

I høstsesjonen vil departementet legge frem et eget stortingsdokument som tar for seg sentrale spørsmål innenfor norsk legemiddelpolitikk. Stortingsdokumentet, som vi ha form av en odelstingsproposisjon med en meldingsdel, er en oppfølging av NOU 1997:6 Rammevilkår for omsetning av legemidler og NOU 1997:7 Piller, prioritering og politikk.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger

Det legges opp til at staten skal gå inn og utøve en sterkere styring med spesialistutdanningen av leger, jfr. St.meld. nr. 24 for 1996-97. Høsten 1998 ble det opprettet et nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger. Rådet vil også få en rådgivningsfunksjon i legefördelingsproblemer som staten nå tar sterkere styring med i form av fördeling av rammer for spesialister til de enkelte helseregioner.

Forsikring og helse

Forsikringsselskapenes adgang til å innhente, bruke og lagre helseopplysninger og livsstilsopplysninger samt forholdet mellom forsikringsselskap og sakkyndig lege er under utredning av et statlig utvalg oppnevnt av departementet, jfr. Innst.S. nr. 161 for 1996-97. Utvalget skal utarbeide konkrete forslag til lovregulering og skal avgi sin innstilling høsten 1999.

Utredning vedrørende alternativ medisin

Det er nedsatt et utvalg som skal utrede ulike sider ved alternativ medisin. Utvalget skal innhente og systematisere kunnskap om ulike sider ved alternativ medisin og fremme forslag til aktuelle tilknytningsformer til det etablerte helsevesen. Utvalget skal utarbeide forslag til hvordan alternativ medisin eventuelt skal reguleres og fremme sin innstilling innen utgangen av 1998. Innstillingen skal deretter bli sendt på høring 1. halvår 1999.

Utredning om tilknytningsformer for offentlige sykehus

Regjeringen har oppnevnt et utvalg som skal vurdere og fremme forslag om hvilke tilknytningsformer som bør velges for offentlig sykehus. Både statlige og fylkeskommunale sykehus forutsettes vurdert. Det grunnleggende premiss skal være hvordan valg av tilknytningsform kan bidra til at de offentlige sykehusene på en god måte dekker befolkningens behov for prioriterte helsetjenester. En sentral oppgave for utvalget er å klargjøre hvilken fleksibilitet i ressursbruk og organisatorisk stilling sykehusene må ha for å kunne fylle denne rollen.

Utvalget forutsettes å ta utgangspunkt i gjeldende helsepolitiske mål. Sykehusenes interne organisering omfattes ikke av mandatet. Utredningen skal ta utgangspunkt i dagens finansieringsordninger for sykehus, og arbeidet skal baseres på det nåværende eierskap for sykehusene.

Livshjelputvalget

Mange har plagsomme symptom i livets slutfase. Dette gjelder ofte kreftpasienter, men også pasienter med andre sykdommer. Riktig behandling og omsorg kan bidra til å lindre plagsomme symptom hos de fleste pasienter. Regjeringen oppnevnte et utvalg - Livshjelpsutvalget - 20. februar 1998. Utvalget skal utarbeide forslag til en helhetlig plan for behandlings-, pleie- og omsorgstilbudet til uhelbredelig syke og døende pasienter. Forslaget skal omfatte organisering og innhold i tjenestetilbudet. Utvalget er bedt om å avgi innstilling innen 31. desember 1998.

Utredning om kvinners helse i Norge

Det er nedsatt et utvalg som utreder kvinners helse i Norge. Innstillingen vil bli lagt frem ved årsskiftet. Det skal inneholde en kunnskapsstatus for kvinners helse og sykdom, og drøfte sammenhenger mellom helse og levekår. Utvalget skal vurdere hvordan kjønnsperspektivet ivaretas i helse- og velferdstjenester og foreslå tiltak og komme med anbefalinger om hvordan ulike innsatser bør prioriteres og koordineres for å bedre kvinners helse og for å sikre kvalitet i forebygging, behandling og rehabilitering.

Rehabilitering

I Stortingsmelding om rehabilitering som legges fram for Stortinget høsten 1998, vil departementet gi en utfyllende beskrivelse og vurdering av rehabiliteringsfeltet og fremme forslag bl.a. med sikte på en bedre samordning av tiltak.

2.2.2 Tiltak for mer effektiv ressursbruk og andre budsjetttiltak*Tiltak for å redusere folketrygdens utgifter til sykdomsrelaterte utgifter*

Regjeringen vil sette ned et offentlig utvalg for å utrede årsakene til økningen i sykefraværet og nytilgangen til uførepensjon, kartlegge ordningenes sosialpolitiske rolle og samfunnsøkonomiske betydning, og foreslå tiltak som kan bidra til å redusere sykefraværet og uføretilgangen.

På bakgrunn av utviklingen i sykefraværet og økningen i folketrygdens utgifter til sykepenger fremmet Regjeringen forslag i Revidert nasjonalbudsjett for 1998 om å utvide arbeidsgiverperioden med 3 dager til 3 uker. Forslaget fikk ikke tilslutning i Stortinget. Regjeringen mener at utviklingen ytterligere har understreket behovet for innstramming, og fremmer på ny forslag om å utvide arbeidsgiverperioden til 3 uker fra 1. april 1999. Dette er beregnet å gi et proveny for staten samlet på om lag 680 mill. kroner. 600 mill. kroner kommer som innsparing under folketrygdens budsjett for sykepenger. Utvidelsen av arbeidsgiverperioden må også ses i sammenheng med Regjeringens forslag om å redusere ferien med en dag. Ved utvidet arbeidsgiverperiode vil deler av den fordelen arbeidsgiverne på sikt får ved at ferien reduseres med en dag, trekkes inn for å bidra til et tilstrekkelig stramt finanspolitisk opplegg.

Heving av inntektsgrunnlaget for rett til sykepenger

Minste inntektsgrunnlag for rett til sykepenger fra trygden heves fra ½ G til 1 ¼ G fra 1. januar. Dette er en justering av regelverket som er en viss tilnærming til det som gjelder for retten til arbeidsledighetstrygd. Innsparingen vil være omlag 300 mill. kroner på årsbasis og rundt 265 mill. kroner første år.

Likestilling av avtalefestet pensjon (AFP i offentlig med privat sektor i forhold til etterlattepensjon i folketrygden

Endringen foreslås fra 1. mai 1999 og gjelde bare nye tilfeller. Helårsvirkningen anslås å gi en innsparing på 14 mill. kroner og 4 mill. kroner i 1999.

Endring i overgangsstønsordningen for enslige forsørgere

Aleneboende enslige forsørgere har rett til en ekstra barnetrygd. Denne retten gjelder ikke stabilt samboende med særkullsbarn. Regjeringen foreslår at heller ikke folketrygdens stønader til enslige forsørgere skal kunne gis når den enslige forsørger lever i et stabilt samboerforhold som har vart i minst 12 av de siste 18 månedene. Omleggingen skal gjelde fra 1. juli 1991, og mindreutgiftene for 1999 er beregnet til 85 mill. kroner.

Endret utbetalingsordning for utbetaling av trygdeytelser

Den enkelte stønadsmottaker kan selv velge hvordan ytelser skal utbetales og disse overføringskostnadene betales av trygdestaten. Det foreslås ved lovendring at det ved

utbetaling av ytelser til personer i Norge skal skje ved overføring til konto når stønadsmottakeren har konto. Med virkning fra 1. juli gir en omlegging av utbetalingsrutinene en innsparing i 1999 på 26 mill. kroner og om lag det dobbelte i år 2000.

Økt egenbetaling for helsetjenester

Sosial- og helsedepartementets budsjettforslag innebærer en betydelig styrking av det offentlige tjenestetilbudet innen helse- og omsorgssektoren. For å skaffe budsjettmessig rom for en slik satsing har det også vært nødvendig å foreta visse økninger av gjeldende egenbetalingsregler. Pensjonister og barn over 7 år foreslås å betale den samme prosentvise andel av kostnadene for legemidler og sykepleieartikler som den øvrige befolkning. Andelen økes dermed for pensjonister og barn over 7 år fra 12 pst. til 36 pst. Dette anslås å gi nettoinnsparinger på 335 mill. kroner.

Utgiftstaket for egenandeler foreslås økt fra 1 290 kroner til 1550 kroner. Det foreslås å øke egenandelene for legehjelp, psykologhjelp og fysioterapi med 7 pst. fra januar 1999. Egenandelen for syketransport økes med 5 kroner til 55 kroner hver vei. Disse endringene gir en innsparing på vel 300 mill. kroner.

Maksimal betaling for korttidsopphold på institusjon økes fra 80 kroner som har vært nivået siden 1995, til 100 kroner pr. døgn i 1999. Dagsatsen heves fra 40 til 50 kroner. Den betalingsfrie perioden for langtidsopphold settes til en måned. Det innføres egenbetaling på 100 kroner døgnet også for ortopediske pasienter etter større operasjoner. Nivået tilsvarer betalingen for korttidsopphold på institusjon. Disse endringene gir en innsparing på vel 90 mill. kroner.

Referanseprissystemet for legemidler

For direkteimporterte og parallellimporterte legemidler som kan grupperes sammen fordi de inneholder samme medisinske virkestoff i samme mengde og samme form er det fastsatt en referansepris som er den maksimalpris folketrygden dekker. Denne referanseprisen defineres av prisen på det billigste legemiddelet, som vanligvis er parallellimportert. På denne måten utnytter folketrygden at legemidler ofte selges til lavere priser i utlandet enn i Norge. Ved å utvide dette referanseprissystemet til nye sykdomsgrupper og ved å la flere former (f.eks. legemidler både i kapsel og tablettform) for legemidler regnes som medisinsk likeverdige, kan dette gi en innsparing på 75 mill. kroner i 1999.

2.3 Det økonomiske opplegget for kommuner og fylkeskommuner i 1999

Tabell 2. Finansiering av driftsutgifter i helse- og omsorgstjenestene i kommuner og fylkeskommuner etter finansieringsform. 1996-1997. Prosentvis fordeling.

	Finan- siering ved frie inntekter	Øre- merkede tilskudd	Annen inntekt
Helsetjenesten i kommunene	87	4	10
Sosiale tjenester i kommunene	98	2	1
Omsorgstjenesten i kommunene	78	11	11
Sykehus (1997)	61	29	11
Psykisk helsevern i fylkeskommunene (1997) .	82	15	3

Kilde: NIS, SSB. Tallene er avrundet slik at de ikke summerer seg til 100 pst.

Tabellen viser at finansiering av helse- og omsorgstjenester i stor grad skjer ved såkalte frie inntekter (skatteinntekter og rammetilskudd). Utviklingen av disse inntektene i tillegg til øremerkede statlige tilskudd er dermed viktig for realiseringen av mål for helse- og omsorgstjenester.

Inntektsutvikling for kommunesektoren i 1998/forslag til inntektsrammer for 1999

I Revidert nasjonalbudsjett (RNB) ble anslaget for årslønnsveksten i kommunesektoren justert opp til 5 pst. som følge av resultatet av tariffoppgjøret så langt. Resultatene fra lønnsoppgjøret tilsier at årslønnsveksten nå kan anslås til nærmere 6 pst. Den økte lønnsveksten medfører en rell økning i kostnadene for kommunesektoren på om lag 1,1 mrd. kroner. I forhold til forutsetningene i Kommuneøkonomiproposisjonen og RNB er

rentenivået justert opp. Dette får betydning for kommunesektoren i form av økte renteinntekter og -utgifter. Siden kommunesektorens gjeld er større enn sektorens fordringer, vil økt rentenivå på lengre sikt medføre økte netto renteutgifter. Endringer i rentenivå justeres imidlertid gjennomgående raskere på kommunenes fordringer enn på deres gjeld. Renteinntektene forventes å øke med om lag like mye som renteutgiftene i 1998. Den reelle inntektsveksten for kommunesektoren fra 1997 til 1998 anslås nå med de nye forutsetningene til om lag $\frac{3}{4}$ pst. Ser man bort fra de økte renteinntektene, er veksten knapt $\frac{1}{2}$ pst. Dette er vel $\frac{1}{2}$ prosentenhet lavere enn anslagene i Kommuneøkonomiproposisjonen og RNB. Styret i Kommunal Landspensjonskasse (KLP) har vedtatt å kreve inn en tilleggspremie fra sine kunder i 1998 på 2,5 pst. av pensjonsgrunnlaget. Dette gir en merkostnad for kommunesektoren på 1,1 mrd. kroner. I tillegg kan premiene øke for den tredjedelen av de kommuneansatte som har pensjonsordninger utenfor KLP.

Regjeringen varslet i Kommuneøkonomiproposisjonen for 1999 en reell vekst i kommunesektorens samlede inntekter på mellom 1 og $1\frac{1}{4}$ pst. fra 1998 til 1999 eller mellom 2 og 2,5 mrd. kroner. Regjeringen varslet samtidig at mesteparten av inntektsveksten i 1999 vil komme gjennom øremerkede ordninger. Dette har sammenheng med regjeringens satsing på høyt prioriterte områder som eldre, helse og omsorg. I budsjettet for 1999 har regjeringen lagt til grunn en samlet inntektsvekst for kommunesektoren på vel $1\frac{1}{4}$ pst. fra 1998 til 1999. Regnet i faste kroner utgjør dette en økning i kommunesektorens inntekter på omlag 2,6 mrd. kroner.

Inntektsveksten for kommunesektoren i 1999 er først og fremst knyttet til handlingsplaner på prioriterte områder som kreft, utstyr, psykiatri og eldreomsorg med sikte på økt aktivitet. Aktiviteten på disse områdene vil i tillegg til øremerkede tilskudd være avhengig av kommunenes egen finansiering ved bruk av frie inntekter. I 1999 står imidlertid kommunesektoren også overfor betydelige merkostnader knyttet til lønnsoppgjøret i 1998, utvidet arbeidsgiverperiode i sykelønnsordningen, økte pensjonspremier og økte renteutgifter. En del av disse kostnadselementene er usikre. Det forutsettes at økte inntekter til enkeltsektorer gir grunnlag for ny aktivitet. Dette avhenger imidlertid også av hvordan kommunesektoren tilpasser seg de økonomiske rammebetingelsene. Gjennom omprioriteringer og effektivisering må sektoren frigjøre ressurser til å utløse ny aktivitet på satsningsområdene. Det er imidlertid usikkert hvor stort dette omstillingspotensialet er. Det vil også være store variasjoner mellom kommunene. Staten vil på denne bakgrunn ut fra hver enkelt kommunes økonomiske situasjon unntaksvis kunne vurdere nærmere de aktivitetskrav som kreves ved tildeling av øremerkede midler.

I Kommuneøkonomiproposisjonen for 1999 ble det varslet en vekst i de frie inntektene på inntil $\frac{1}{4}$ pst. eller inntil 300 mill. kroner. I budsjettet for 1999 har regjeringen lagt opp til en vekst i de frie inntektene på 235 mill. kroner fordelt med 225 mill. kroner til fylkeskommunene og 10 mill. kroner til kommunene. Veksten i de frie inntektene for kommunene er knyttet til fastlegeordningen, mens veksten i de frie inntektene for fylkeskommunene er knyttet opp mot handlingsplanen for psykiatri og en målsetting om økt aktivitetsvekst knyttet til innsatsstyrt finansiering av sykehus.

3. NOEN UTVIKLINGSTREKK INNENFOR HELSE OG SOSIALSEKTOREN

Mottakere av ytelser fra folketrygden

Ved utgangen av 1997 var det nær 1,5 millioner mottakere av stønad fra folketrygden. Av disse mottok nær 1,3 millioner stønad over Sosial- og helsedepartementets del av folketrygdens budsjett.

Antallet alderspensjonister har økt svakt de siste fem årene.

Antallet nye uførepensjonister har økt etter 1993, med unntak av 1996 da det var en liten nedgang. Nytilgangen i 1997 økte med nesten 14 pst. i forhold til året før. Det er regnet med 33 500 nye uførepensjonister i 1998. Nettoøkningen (dvs. fratrasket avgangen) var første halvår 1998 i underkant av 6 000. Det er beregnet at det vil være noe over 258 000 uførepensjonister ved utgangen av 1998.

Antall enslige forsørgere har gått litt ned den senere tid, etter en forholdsvis sterk vekst tidligere på 1990-tallet. Andelen enslige foreldre i arbeid eller utdanning har økt fra 64 til 74 pst. fra juli 1997 til juli 1998. Tallet på enslige forsørgere med overgangsstønad ventes å gå ytterligere ned etterhvert som tidsbegrensningen for overgangsstønad (3 år pluss inntil 2 år ved utdanning) får virkning fra 1. januar 1998. Det har vært en markert nedgang i antall etterlatte ektefeller og familiepleiere på hele nittitallet.

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

Alkohol og narkotika

Det registrerte alkoholforbruket i Norge har siden 1993 vært økende etter en nedgang fra begynnelsen av 1980-tallet. Fra 1996 til 1997 har det vært en økning på 6,2 pst. målt i ren alkohol pr. innbygger over 15 år. Øl er den dominerende alkoholtipe i Norge med 55,1 pst. av omsetningen regnet i ren alkohol i 1997. Siden 1980 har brennevinsomsetningen vist betydelig nedgang, mens vinomsetningen har steget. Økt internasjonal, ulovlig produksjon og handel med narkotika har ført til økt tilgang på narkotiske stoffer også i Norge. Som resultat av bl.a. dette, har misbruket av stoffer som amfetamin og heroin fått betydelig geografisk spredning, og antallet hardt problembelastede misbrukere økt. Flere av disse er blitt mer nedslitte og forkomne, og dødeligheten i gruppen er høy. Det var 177 registrerte narkotikadødsfall i 1997, mot 124 i 1994 og 96 i 1991.

Sosialhjelp

Utgiftene til økonomisk stønad og antallet stønadstilfeller økte kraftig i siste halvdel av 1980-årene. Denne tendensen ser ut til å ha snudd, og etter 1994 har det vært en nedgang i utgifter og antall stønadstilfeller. I 1995 var antallet stønadstilfeller 171 500, i 1996 164 600, for deretter å synke ytterligere til 152 700 i 1997. I 1997 var de årlige utgiftene til økonomisk stønad for første gang siden 1993 under 4 mrd. (1997-)kroner.

Omsorg for eldre og funksjonshemmede

Gruppen av eldre over 80 år vokser sterkt. Bare i løpet av de siste to årene har gruppen vokst med omlag 8 000 personer. Dette innebærer at behovet for tjenester til eldre har økt og fortsatt vil øke i årene fremover. Økningen av de eldste eldre innebærer bl.a. flere mennesker med aldersdemens og flere eldre med behov for helsetjenester. SSB's foreløpige statistikk for pleie- og omsorgstjenesten viser flere positive utviklingstrekk fra 1996 til 1997. 2 300 flere personer bor nå i boliger tilrettelagt for pleie- og omsorgsformål og 2 700 flere personer mottar hjemmetjenester fra kommunene. Andelen av eldre som bor i boliger tilrettelagt for pleie- og omsorgsformål, herunder omsorgsboliger, er økende. SSB's foreløpige statistikk viser videre at det er blitt 1 325 flere plasser i somatiske sykehjem, mens det er blitt 1 600 færre plasser i aldershjem og kombinerte alders- og sykehjem. For sykehjem og aldershjem samlet viser institusjonsdekningen dermed en liten reduksjon. Det er blitt 950 flere enerom fra 1996 til 1997. SSB's foreløpige statistikk for 1997 viser 5 200 flere årsverk innen pleie- og omsorgssektoren enn i 1996. Noe av veksten må forklares med endringer i kommunenes registreringsrutiner.

Stortinget vedtok i tråd med St.meld. nr. 50 (1996-97) økt satsing på eldreomsorgen for perioden 1998-2001 med totalt 24 400 nye plasser i sykehjem og omsorgsboliger, og 12 030 nye årsverk innen pleie- og omsorgstjenesten. Kommunene har planlagt etablering av til sammen 29 500 nye sykehjemsplasser/omsorgsboliger. Ca. 1/3 av de planlagte boligene kommer som følge av omgjøring fra flersengsrom til ensengsrom og utskifting av gammel bygningsmasse. De kommunale handlingsplanene tyder på at målsettingen om ensengsrom til alle sykehjemsbeboere som ønsker det, i hovedsak vil kunne gjennomføres i løpet av handlingsplanperioden. En del kommuner har også lagt inn et antall boliger for å dekke behovet blant mennesker med psykiske lidelser.

SSB's statistikk viser at det pr. 1. desember 1997 var registrert 280 personer under 50 år i kommunale aldersinstitusjoner, og at det finnes unge funksjonshemmede i institusjon i alle fylker og i mange av landets kommuner. Det ble i 1996 etablert et særskilt utflyttingstilskudd for å stimulere til å skrive ut unge funksjonshemmede fra aldersinstitusjoner og spesialsykehjem. I alt er det i 1996 og 1997 innvilget tilskudd til utflytting av 141 personer. I kommunene er det registrert 19 700 psykisk utviklingshemmede i 1998, som er ca. 150 flere enn i 1997. Antallet som bor for seg selv, er økt med vel 350, mens det ikke er endringer i tallet på personer som bor hjemme hos foreldre/pårørende. 10 200 personer med psykisk utviklingshemning fikk støttekontakt i 1997. Vel 11 400 eller 85 pst. av alle psykisk utviklingshemmede over 20 år har et organisert tilbud på dagtid, enten i form av dagsentertilbud eller et arbeid/arbeidsmarkedstilbud.

Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering

Det har i de senere årene vært en stor aktivitetsøkning i kommunehelsetjenesten målt i antall utførte årsverk. I allmennlegetjenesten har antall utførte årsverk økt fra 3 305 i 1996 til 3 345 i 1997. Det har skjedd en overgang til flere driftsavtalehjemler mens antall utførte årsverk av fastlønte leger er redusert. Selv om det totalt sett har skjedd en økning i tjenestetilbudet, er årsverksinnsatsen i de minst sentrale kommunene blitt redusert fra 649 i 1995 til 620 i 1997. Antall utførte årsverk av fysioterapeuter er økt fra 3 208 i 1996 til 3 232 i 1997. Veksten i fysioterapiårsverk har skjedd i fastlønnede stillinger. I 1997 var 2 710 årsverk knyttet til helsestasjon- og skolehelsetjenesten. I perioden 1987-96 har helsestasjons- og skolehelsetjenesten hatt en vekst på om lag 56 pst. målt i antall årsverk.

Det anslås at det i Norge er omlag 400 000 - 450 000 ulykkesskader årlig som krever medisinsk behandling. Av disse utgjør hjemmeulykkene ca. 30 pst., trafikkulykkene ca 9 pst. og idretts-/sportsulykkene ca. 16 pst. Om lag 53 000 av ulykkesskadene krever sykehusinnleggelse. Det har vært en gunstig utvikling med reduksjon av ulykker som fører til død. I 1989 døde 2 054 personer av ulykker, mens tallet i 1995 var redusert til 1 663.

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

Mellom 7 og 9 pst. av skolebarna i Norge har astma, mens forekomsten av hørsnue er 15-18 pst. Ut fra tilgjengelig datagrunnlag er det ikke mulig å avgjøre med sikkerhet om befolkningens sykkelighet av astma og allergi har økt på 1980- og 1990-tallet, selv om flere i dag får slike diagnoser. Som gruppe er astma, allergi og luftveissykdommer en folkesykdom og årsak til betydelig kronisk sykkelighet og ressursforbruk. Allergiske sykdommer anses å være en av de hyppigste kroniske plager hos barn.

Fettinnholdet i kosten er redusert fra 40 energipst. i 1975 til 35 energipst. i 1997. Den positive utviklingen ser ut til å ha flatet ut det siste året med en liten økning i energiinntaket fra fett som følge av høyere forbruk av kjøtt og fete melkeprodukter. Nedgangen i fettinnholdet de siste 20 årene samt forandringer i kostens fettresammensetning, kan forklare en vesentlig del av reduksjonen i dødelighet av hjerteinfarkt i denne perioden.

Nedgangen i andelen dagligrøykere blant unge har stagnert på 90-tallet. Blant 16-24 åringer var det i 1997 om lag 30 pst. som røykte daglig, og like mange gutter som jenter. Mens omkring 40 pst. av de gravide røykte for ti år siden, var andelen redusert til 21 pst. i 1995. Det er nå omtrent samme andel dagligrøykere (rundt 33 pst) blant menn som blant kvinner. Dette innebærer at det de nærmeste åra må forventes en betydelig økning i andelen kvinner som får lungekreft og hjerte-/karsykdommer.

I 1995 var det ca 19 870 tilfeller av kreft, hvorav 111 hos barn under 15 år. Det var ca 10 385 kreftdødsfall, hvorav 26 barn. Den hyppigste kreftformen hos menn var prostatakreft og hos kvinner brystkreft. Den hyppigste kreftformen i absolutte tall er tykkendetarmskreft. Lungekreft er den kreftformen som krever flest liv i Norge, ca 1 600 pr. år. Om lag 80-90 pst. av disse tilfellene skyldes røyking. Fra 1962 til 1995 har dødeligheten for kreft steget jevnt med ca. 35 pst. for kvinner og 50 pst. for menn. Antall krefttilfeller i samme tidsrom har økt med knappe 60 pst. for kvinner og 70 pst. for menn.

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

I 1997 ble det utført 13 979 svangerskapsavbrudd i Norge (foreløpige tall fra SSB). Dette er en nedgang på vel 300 i forhold til 1996, og er det nest laveste tallet som er registrert siden 1983.

Rehabilitering og habilitering i kommunene er hjemlet i lov om helsetjenesten i kommunene, men uten presise krav til kommunenes innsats. Beskrivelser av aktiviteten i kommunene forteller om betydelige mangler i tilbud og varierende innsats fra kommune til kommune. Undersøkelser viser at bare i et mindre antall kommuner (ca. 35 pst.) er det tverrfaglige arbeidet satt i system eller formelt planlagt. Fylkeskommunenes ansvar for å yte rehabilitering/habilitering følger av ansvaret for å yte spesialisthelsetjenester. Gjennomgang av fylkeskommunenes planer for rehabilitering og habilitering, kartlegging av eksisterende tilbud, evaluering av tilskuddsmidler for styrking av rehabilitering og tilbud til revmatikere viser økt dimensjonering og et bedre tilbud sammenliknet med årene før stimuleringsstilskuddet til fylkeskommunene ble innført (1994). Voksenhabiliteringstjenester er opprettet i alle fylker. Det samme er tilfellet med barnehabilitering og tilbudet til slagpasienter. Egne rehabiliteringsavdelinger i sykehus er opprettet i 15 fylker.

Somatiske spesialisthelsetjenester

Antall sykehusopphold i norske sykehus var i 1997 665 500, en økning i underkant av 2 pst. i forhold til 1996. Antall polikliniske konsultasjoner var 3 170 000, en økning på 1/3 pst.

I 1997 er det en sterkere vekst i antall dagopphold enn i antall heldøgnsopphold og en stadig større andel av kirurgiske inngrep utføres dagkirurgisk. Dette kan forklares med den medisinske utvikling, økning av dagkirurgiske takster i 1997 og systematisk registrering av dagpasienter etter innføringen av ISF.

Innsatsstyrt finansiering ble innført 1. juli 1997. Hovedmålsettingen var å øke antall behandlede pasienter. Veksten i aktivitet var akselererende i 1997, og antall indeksoffhold økte 7,7 pst. i 2. halvår 1997. Dette tyder på en gunstig effekt av finansieringsreformen allerede første året.

Samtidig med finansieringsreformen ble ny garantiordning med 3 måneders behandlingsgaranti tatt i bruk basert på nye prioriteringskriterier (Lønning II utvalgets innstilling, NOU 1997:18). Den nye ordningen skal sikre garantipasienter behandling raskere enn tidligere. Innføringen ble fulgt av en øket innsats for å rydde opp i sykehusenes ventelister. Det er registrert et fall i antall garantibrudd fra årsskiftet til første tertial 1998. Opprydningen av ventelistene gjør at de nye tallene gir et bedre bilde av tilgangen til sykehustjenester. Garantitildeling er nå også blitt mer likeartet i hele landet.

Ressursinnsatsen i norske somatiske sykehus har i faste priser økt med 7,3 pst. fra 1996 til 1997 og utgjorde i 1997 henimot 25 mrd. kroner.

Mennesker med psykiske lidelser

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

Kommunenes ressursinnsats til mennesker med psykiske lidelser og utviklingen over tid lar seg vanskelig beskrive med tall da tjenestetilbudet inngår i de kommunale helse- og sosialtjenestenes generelle oppgaver, og er ikke skilt ut i egne etater eller organisatoriske enheter. Flere undersøkelser tyder imidlertid på at personer med alvorlige psykiske lidelser er blant de som har svakest tilbud i kommunene og dårligst levekår. Den statistikken som er tilgjengelig, indikerer at det har vært en kraftig økning i tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser etter at ordningen med øremerkede tilskudd til kommunene ble innført i 1995.

Det spesialiserte psykiske helsevern er en del av fylkeskommunenes ansvar, som for øvrige spesialiserte helsetjenester. De samlede offentlige driftsutgifter til psykiatriske spesialisthelsetjenester var 6,63 mrd. kroner i 1997. Av dette gikk 87,7 pst. til psykisk helsevern for barn og ungdom og 12,3 pst. til psykisk helsevern for voksne. 82,4 pst. ble dekket av fylkeskommunenes frie inntekter - dvs. skatteinntekter og det statlige rammetilskuddet gjennom inntektssystemet. Staten finansierte i 1997 14,9 pst. av driftsutgiftene i psykisk helsevern, mot 12,3 pst. i 1995.

Legemidler

Legemidler er en viktig innsatsfaktor i helsevesenet. I 1997 ble det solgt legemidler for ca. 8,7 mrd. kroner, som innebar en nominell vekst fra året før på ca. 6 pst. Blant de tyngste enkeltkomponentene i denne veksten er nye legemidler for behandling av hjerte-/karlidelser (200 mill. kroner) og for behandling av magesår (109 mill. kroner). Det offentlige dekker over 65 pst. av utgiftene. Hovedtyngden av kostnadene er knyttet til folketrygdens refusjonsordning (blåreseptordningen), men det medgår også betydelige beløp til behandling på helseinstitusjoner (særlig sykehus). Både omsetningen og trygdens utgifter vokser sterkt.

4. PERSONELL OG KVALIFISERINGSTILTAK INNENFOR SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENTETS ANSVARSOMRÅDE

Helse- og omsorgstjenesten er helt avhengig av helse- og sosialarbeidernes kunnskaper, ferdigheter, holdninger og personlige egenskaper. Den er meget sårbar 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.

Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001

Arbeidet med stortingsmeldingene om allmennlegetjenesten, sykehusene, psykiatrien og eldreomsorgen samt høringsutkast til ny felles helsepersonellov som ble lagt fram i 1997, og proposisjonene om Nasjonal kraftplan og Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 som ble lagt fram våren 1998, har gjort det tydelig at helse- og sosialmyndighetene på alle nivåer må arbeide systematisk med organisasjons- og personalspørsmål over en lengre periode for å møte de utfordringer sektoren står ovenfor. Dette er bakgrunnen for at handlingsplanen for helse- og omsorgspersonell ble laget i 1997. Det er utarbeidet en revidert utgave som også omfatter sosialtjenesten og i større grad viser hele bredden i departementets arbeid på personellfeltet. Den omfatter både de tiltak fra 1997 som videreføres i 1998, tiltak som er kommet til som følge av kreft- og psykiatriplanene, samt andre initiativ på personellfeltet. Handlingsplanen vil bli rullert gjennom planperioden. En ny utgave vil foreligge når budsjettet for 1999 er vedtatt. I budsjettet for 1999 foreslås handlingsplanen videreført. I tillegg kommer styrkinger til personelltiltak gjennom Nasjonal kreftplan og opptappingsplanen for psykisk helse. Disse satsingene er innarbeidet i tabellen på slutten av punkt 4 som viser samlede bevilgningsforslag for 1999 vedrørende personell og kompetansetiltak.

Handlingsplanen er et sentralt redskap i iverksettingen av opptappingsplanene for eldreomsorg og psykiatri. Uten tilstrekkelig tilgang på kvalifisert personell, vil disse satsingene ikke kunne gjennomføres slik Stortinget har forutsatt.

De viktigste generelle tiltakene i personellplanen er:

Geografisk fordeling

- Personellstatistikk bygd på statens og kommunenes lønns- og personalssystemer.
- Videreføre og styrke ordningen for å rekruttere helsepersonell til områder med dårlig dekning, og bidra til stabilitet i distriktene.

Rekruttering

- Styrke rekrutteringstiltakene for helsepersonell fra utlandet.

Bedre ledelse, organisasjon og personalpolitikk

- Styrke ledelsesfunksjonene, bl.a. ved å gå inn for at prinsippet om enhetlig ledelse på alle nivåer lovfestes i lov om spesialisthelsetjeneste.
- Ny felles lov for alt helsepersonell som åpner for mer fleksibel og rasjonell bruk av personellet.
- Utvikling av bedre ledelses- og organisasjonsmodeller i sykehus ved å følge opp innstillingen "Pasienten først - Ledelse og organisering i sykehus".
- Opprettelse av Nasjonalt råd for legespesialistutdanningen.
- Overordnet plan for utdanningen innen ulike spesialiteter.

Mobilisering av arbeidskraftreservene - bedre arbeidsmiljø

- Mobilisere arbeidskraftreservene gjennom oppdateringskurs eller andre tiltak.
- Understreke arbeidsgivers ansvar for å sikre et godt arbeidsmiljø og for å legge forholdene til rette for at heltidsarbeid kan kombineres med ansvar for små barn og for at alle som ønsker det, kan få mulighet til å arbeide i full stilling.
- Prosjektprogram rettet mot arbeidsmiljø og helse i pleie- og omsorgssektoren i perioden 1998-2001.

Utdannings- og kvalifiseringstiltak

Kapasiteten innen helse- og sosialutdanningene er økt sterkt på 1990 tallet.

Økt kapasitet i helse- og sosialfag på 90-tallet

	1990	1998 ^{*)}	pst.-økning
Bioingeniører	185	245	32
Ergoterapeuter.....	80	180	125
Fysioterapeuter	185	310	68
Radiografer	85	150	79
Sykepleiere	2 520	4 065	61
Vernepleiere.....	300	920	207
Barnevernspedagog.....	220	700	218
Sosionomer	350	850	143
Reseptarer	30	60	100
Sum høgskoleutd.	3 955	7 480	89
Leger.....	310	590	90
Psykologer	110	235	110
Farmasøyter	55	95	73
Tannleger	105	115	16
Sum universitetsutd.	580	1 035	78
Sum	4 535	8 515	88

*) Opptak i 1997 + endringer i måltall i 1998. Kilde: KUF.

De store helse- og sosialpolitiske satsningene vil kreve flere langtids- og spesialutdannede helse- og sosialarbeidere.

Dette gjelder særlig:

- Vernepleiere i forhold til omsorg for mennesker med psykisk utviklingshemming.
- Sykepleiere som følge av handlingsplanene for eldreomsorgen og psykiatrien, særlig til desentraliserte studier for å sikre stabil sykepleiertilgang i distriktene.
- Radiografer som følge av Nasjonal kreftplan og utvidet mammografiscreening.
- Farmasøyter og reseptarene for å avhjelpe knapphet på personell i utkantstrøk og muliggjøre etablering av nye apotek.
- Psykologer som følge av psykiatriplanen.
- Leger bl.a. for å dekke behovet som følge av fastlegereformen og psykiatriplanen.

Behovet for universitets- og høgskoleutdannet helse- og sosialpersonell kan også møtes ved å ansette og kvalifisere støttepersonell som kan avlaste personell med høyere utdanning for rutineoppgaver og dermed frigjøre tid. Her er følgende tiltak sentrale:

- Program for kvalifisering av ufaglærte i pleie- og omsorgssektoren og i psykiatrien
- Tilskudd til etterutdanningstilbud for hjelpepleiere og andre med helse- og sosialfag fra videregående opplæring.
- Etter- og videreutdanning for personell med helse- og sosialfag fra videregående opplæring.
- Tilskudd til videreutdanning av sykepleiere og annet høgskoleutdannet helse- og omsorgspersonell.

Handlingsplan for styrking av eldreomsorgen

Det blir flere eldre - og flere *eldre* eldre - flere med kroniske sykdommer og flere funksjonshemmede i alle aldre. Alt dette har medvirket til at samfunnets omsorgsoppgaver har økt betydelig de siste tiårene - og til at etterspørselen etter personell er økt tilsvarende. For å nå målene i Handlingsplan for styrking av eldreomsorgen, vil det tilsammen kreves minst ca. 12 000 ekstra årsverk i pleie - og omsorgssektoren fram til 2003.

Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006

Rekruttering av personell er en hovedutfordring i Opptrappingsplanen for psykiatrien. Det legges opp til en sterk økning i andelen leger og psykologer i takt med økt vekt på aktiv behandling. Utbyggingen av de ulike tjenestetilbudene for mennesker med psykiske lidelser vil gi et samlet personellbehov på ca 9 300 nye årsverk i løpet av planperioden 1999-2006, herav ca. 400 leger, ca. 940 psykologer, ca 4 400 høyskoleutdannet helse-/sosialpersonell og ca. 3 600 personell uten høyere helse-/sosialfaglig utdanning. Departementet har lagt til grunn at psykiatrien vil få minst den samme andelen av nye årsverk for de aktuelle personellkategoriene i planperioden som man fikk fra 1993 til 1996. På denne bakgrunn og sett i forhold til beregnet tilgang på helse- og sosialpersonell, må psykiatrien regne med en viss mangel på leger og psykologer. Dette tilsier at det innen psykiatrifeltet i noen år utover 2006 fortsatt kan være nødvendig å kompensere for denne mangelen med bl.a. økt bruk av høyskoleutdannet personell. Det er ved innfasingen av opptrappingsplanen tatt hensyn til personelltilgangen.

Nasjonal kreftplan 1999-2003

Økt forekomst av kreft sammen med bedre behandlingsmuligheter vil øke behovet for helse- og omsorgspersonell vesentlig. Kreftscreeningprogrammene har vist et økt behov for radiografer. En utvidelse av mammografiprøveprosjektet til et landsomfattende tilbud, vil understreke behovet ytterligere. Det er også viktig å sikre rekrutteringen til stråleterapiutdanningen ved å utdanne flere radiografer. I forbindelse med Nasjonal kreftplan er det foreslått en spesiell innsats for å møte behovet for radiografer og stråleterapeuter. I løpet av 1998 vil det bli opprettet 20 nye studieplasser for radiografer. Det foreslås i tillegg opprettet ytterligere 20 studieplasser for radiografer i 1999. Det er også innledet et samarbeid med private røntgeninstitutt.

Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje

“Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje 1998-2001” ble iverksatt i mars 1998 og inngår som en del av departementets samlede innsats på personellfeltet. Handlingsplanen omfatter en rekke kompetansehevende tiltak innenfor fire satsningsområder:

1. Spre erfaringer fra senere års utviklingsarbeid
2. Øke kvaliteten og kompetansen i sosialtjenestens arbeid med klienter med sammensatte behov, herunder rusmiddelmisbrukere. Bedring av ettervernet vil stå sentralt.
3. Øke brukervennligheten og tilgjengeligheten i sosialtjenesten
4. Redusere tilfeldig forskjellsbehandling i fordeling av økonomisk stønad.

Fordeling og prioritering

Tilskudd til kommuner og fylkeskommuner til kvalifisering og etter/videreutdanning av helse- og sosialpersonell innenfor de ulike handlingsplanene vil i 1999 bli tildelt samlet til fylkesmann/fylkeslege. Disse vil fordele tilskuddene videre til kommuner/fylkeskommuner etter en vurdering av deres opplæringsplaner og på grunnlag av departementets prioriteringer. Kvalifisering av ufaglærte og etter-/videreutdanning av personell med videregående opplæring vil bli prioritert høyere. Støtte til kompetanseutvikling innen pleie/omsorg prioriteres også innenfor skjønnsmidler i handlingsplanen for eldreomsorgen.

Tabell. Bevilgninger til personell- og kompetanseformål i forslaget til statsbudsjettet for 1999

Til sammen ble det bevilget ca. 287 mill. kroner til personell- og kompetansetiltak i 1998. Dette foreslås økt med 13 pst., ca. 37 mill. kroner, til ca. 324 mill. kroner i 1999, i første rekke som ledd i opptrappingsplanen for psykisk helse og fastlegereformen.

	Bevilgning 1998	Forslag 1999
<i>Handlingsplan for eldreomsorgen</i>		
670.61 Tilskudd til kvalifisering av ufaglærte	10,0	10,0 *)
675.21 Arbeidsmiljø i pleie- og omsorgssektoren.....	2,0	2,0
Sum	12,0	12,0
<i>Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje</i>		
614.21 Kompetansetiltak for sosialtjenesten.....	6,0	12,0
<i>Opptrappingsplan for psykisk helse</i>		
743.60 Utviklingsarbeid.....	40,0	48,0
743.62 Tilskudd til psykiatri i kommuner.....	42,5	42,5
743.70 Tilskudd til videre- og etterutdanning.....	37,0	39,0
274.01 Videreutdanning i psykisk helsearbeid		20,0
Sum	119,5	149,5
<i>Nasjonal kreftplan</i>		
274.01 Radiografer (1998:739.21).....	0,9	3,0
705.62 Stråleterapiutdanning (1998:705.71 og 739.21)	6,1	8,2
739.65 Stråleterapiassistenter.....		0,5
Sum	7,0	11,7
<i>Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning</i>		
701.21 Personelltak i samisk helsetjeneste	3,0	3,0
701.21 Samisk spesialisthelsetjeneste (tidl:705.60)	2,8	2,8
Sum	5,8	5,8
<i>Primærlegetjenesten</i>		
705.60 Stimuleringstiltak (hvorav 4,5 mill. kroner under kap. 701.21 i 1998)	6,0	15,0
701.21 Studier av primærlegetjenesten	3,0	3,0
Sum	9,0	18,0
<i>Rehabilitering</i>		
718.60 Etterutdanning i rehabilitering (720.62 i 1998).....	2,5	2,5
705.60 Etterutdanning i rehabilitering	1,0	1,0
Sum	3,5	3,5
<i>Felles tiltak</i>		
701.21 Statistikk, utredninger m.v.	10,0	3,0
701.21 Utviklingsvirksomhet innen tannhelsetjenesten.....	1,3	3,8
705.60 Rekrutteringstiltak.....	11,1	6,0
705.61 Turnustjeneste, videreutdanning, m.v.	72,6	47,4
705.62 Bedriftsinterne videreutdanninger (1998:705.61).....		25,0
705.71 Stipend, kurs	19,3	15,0
733.21 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger	1,3	3,5
739.74 Reiseutgifter, turnuskandidater	8,2	8,2
Sum	123,8	111,9
Sum total	286,6	324,4

*) I tillegg kommer de midlene som blir fordelt til kommunene til personell og kvalifiseringstiltak som en del av skjønnsmidlene innenfor handlingsplanen for eldreomsorg (kap. 670.61)

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

5. REVIDERING AV HELSELOVGIVNING

Sosial- og helsedepartementet tar høsten 1998 sikte på å fremme proposisjoner med tanke på revisjon av sentrale deler av helselovgivningen.

Proposisjonen om ny pasientrettighetslov vil bl.a. ta for seg spørsmål i tilknytning til rett til medvirkning og informasjon, samtykke til medisinsk behandling og rett til journalinnsyn. Proposisjonen vil videre drøfte opprettelsen av en ordning med pasientombud i landets fylker, samt spørsmål vedrørende økt tilgjengelighet til spesialisttjenester, herunder rett til fritt sykehusvalg.

Proposisjonen om en ny helsepersonellov vil inneholde et lovutkast som tar sikte på å erstatte alle dagens forskjellige helsepersonellover, deriblant legeloven og tannlegeloven, med en felles modernisert lov. Loven er en personansvarslov og proposisjonen vil behandle spørsmål om autorisasjon av helsepersonell, samt spørsmål om helsepersonells rettigheter og plikter.

Proposisjonen om ny psykiatrilov vil drøfte spørsmål om etablering og gjennomføring av psykisk helseverk. I den nye loven vil det blir foreslått å videreføre adgangen til å etablere tvungent psykisk helseverk for mennesker med alvorlige sinnslidelser. I motsetning til det som gjelder for dagens lov, vil ikke den nye psykiatriloven inneholde administrative bestemmelser. Felles administrative bestemmelser for spesialisthelsetjenesten vil bli foreslått i den nye lov om spesialisthelsetjenesten.

Proposisjonen til ny lov om spesialisthelsetjenesten m.m. skal erstatte dagens sykehuslov og de organisatoriske bestemmelsene i lov om psykisk helsevern. Loven er i stor grad en videreføring og modernisering av gjeldende rett, men inneholder også forslag til lovbestemmelser med nytt materielt innhold. Lovforslaget legger betydelig vekt på fylkeskommunenes organisatoriske frihet, men på enkelte viktige områder der nasjonale interesser er sentrale, foreslås det at departementet gis adgang til mer detaljert styring. Lovforslaget understreker fylkeskommunens ansvar for å tilby befolkningen spesialisthelsetjenester, men presiserer at dette kan gjøres ved kjøp av tjenester fra andre. Det foreslås blant annet bestemmelser som skal bidra til et bedre samarbeid mellom forvaltningsnivåene, og det foreslås enkelte nye bestemmelser om ansvar og ledelse i sykehus.

6. IT OG STATISTIKKARBEID

Informasjonsteknologi (IT)

Sosial- og helsedepartementets handlingsplan for IT i helsesektoren "Mer helse for hver bIT 1997-2000" skal bidra til å oppnå følgende helsepolitiske mål:

- Bedre pasientbehandling ved å øke helsepersonellens kompetanse
- Mer tid til pasienten ved å automatisere og forenkle informasjonsrutiner
- Samordnet pasientbehandling ved økt og bedre informasjonsutveksling mellom aktører, institusjoner og nivåer i sektoren
- Mer makt til pasienten ved økt informasjon til pasient og publikum
- Sikre personvernet ved sikkerhetsløsninger i informasjonsformidlingen

Handlingsplanen har en tidsramme på 4 år, og det er lagt vekt på at planen skal være så konkret og praktisk gjennomførbar som mulig. Økt bruk av informasjonsteknologi er ett av flere virkemidler for å effektivisere og øke behandlingskvaliteten og servicen i helsesektoren. IT skal legge til rette for bedre informasjonstilgang både for pasienter, helsepersonell og myndigheter. IT er et viktig og nødvendig virkemiddel for å realisere helsepolitiske reformer som fritt sykehusvalg, innføring av fastlegeordningen, oppfølging av ventetidsgarantien, nye finansierungsordninger o.s.v. Gjennom handlingsplanen tar staten et større ansvar og en mer aktiv rolle i forhold til målsettingen og samordningen av IT-utviklingen i helsesektoren. Det er behov for nasjonal samordning og styring når det gjelder standardisering av medisinske og administrative kodeverk, standarder for kommunikasjon, personvernregler og sikkerhetsløsninger. Det er dessuten behov for nasjonal samordning av hensyn til kompleksiteten i IT-løsningene. Knapphet på IT-kompetanse og høye utviklings- og driftskostnader tilsier at det er store gevinster å hente ved nasjonal og regional samordning av IT-investeringene.

Oppfølging av IT handlingsplanen krever investering og samarbeid mellom kommuner, fylkeskommuner, helsepersonell, staten og IT-industrien. Departementet vil prioritere midler til sentralt initiert utviklingsarbeid og lokale pilotprosjekter. Under kap. 730, post 64 Tilskudd til utstyr på sykehus er det for 1999 foreslått satt av 295 mill. kroner. Denne bevilgningen vil og kunne dekke IT-utstyr, prosjekter knyttet til oppfølging av IT-handlingsplanen og ekstraordinære kostnader knyttet til år 2000 problematikken.

Prioriteringer og innsatsområder for IT-handlingsplanen er nærmere omtalt under Programområde 10. Helsevern, Kap. 701 Forsøks- og utviklingsvirksomhet.

Det er utarbeidet en handlingsplan for IT i trygdeetaten for perioden 1998-2000, basert på en strategi for å videreutvikle, tilpasse og oppgradere etatens IT-systemer fram mot år 2000, jfr. kap. 2600 i St.prp. nr. 1 for folketrygden. Omlegging av etatens systemer til år 2000 og tilpasninger til nytt økonomiregelverk er de høyest prioriterte tiltakene innenfor planen. Det er utarbeidet særskilte rapporterings- og oppfølgingsrutiner mellom Rikstrygdeverket og Sosial- og helsedepartementet i forbindelse med IT-handlingsplanen. I IT-handlingsplanen inngår også satsingsområdet "Samhandling på elektronisk form". Satsingen omfatter bl.a. elektronisk datautveksling (EDI) med helsesektoren og andre av trygdeetatens samhandlingspartnere.

Sosial- og helsedepartementet har i forbindelse med innføringen av fastlegeordningen bedt Rikstrygdeverket om å utvikle et datasystem med register over alle landets fastleger samt innbyggere på listene til den enkelte fastlege. Full drift av fastlegeordningen fra januar 2000 forutsetter at datasystemet er ferdigutviklet og utprøvd og at alle pasienter som har valgt lege høsten 1999 er registrert. Rikstrygdeverket blir for 1999 styrket med ressurser for å dekke ekstraavgiftene til utvikling av datasystemet og for å sende ut invitasjon til alle landets innbyggere og registrere de som ønsker det, på listen til en fastlege.

Statistikkarbeid - informasjons- og styringssystemer

Statlig styring i helse- og sosialsektoren med desentralisert ansvar for tjenester er avhengig av utvikling og bruk av gode informasjonssystemer som gir en samlet og systematisk oversikt over behov for tjenester i befolkningen, tjenestetilbud og faktisk ressursbruk. Departementet har et ansvar og behov for å bidra til utviklingen og til aktiv bruk av nasjonale systemer for statistikk og resultatrapportering. Utviklingen av informasjonssystemer kan bidra til et bedre beslutningsgrunnlag for helse- og sosialtjenester - både lokalt og sentralt.

Ventelisteregisteret VENTSYS er overført til Norsk pasientregister (NPR). NPR har i løpet av 1998 arbeidet systematisk med å heve kvaliteten på ventelistedataene, og dette har ført til en betydelig sanering (antallet registrerte brudd på ventelistegarantien gikk ned med 60 pst. fra siste tertial i 1997 til første tertial i 1998). Kvalitetsforbedringen vil fortsette, slik at ventelistedata blir mer pålitelige og kan brukes mer aktivt som styringsdata lokalt, regionalt og nasjonalt.

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

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

Det arbeides med å utvikle et informasjonssystem for den kommunale pleie- og omsorgssektoren, kalt Gerix-Stat. Dette skal være en forenklet versjon av dagens Gerix. Et hovedmål er å få kunnskap om brukerne, tjenestene og ressursinnsatsen som kan danne grunnlag for bedre faglig og administrativ styring og planlegging av innsatsen i pleie- og omsorgssektoren, både på kommunalt og statlig hold. Den nye statistikken for pleie- og omsorgstjenestene vil inngå i kommune-stat.rapporteringen (KOSTRA) og erstatte deler av dagens manuelle rapportering til SSB. Videreutvikling av Gerix foregår i nært samarbeid med kommunesektoren, tilsynsmyndighetene og relevante fagmiljøer.

Dagens styringsinformasjon mangler en god oversikt over helsepersonellet, og særlig legene, ved sykehusene. Gjennom handlingsplanene for helse- og sosialpersonell 1998-2001 er det startet et arbeid for å få en bedre og mer løpende rapportering av helsepersonell.

Arbeidet med ny sentral sykefraværstatistikk har pågått siden 1994. Det har vært gjennomført et pilotprosjekt som våren 1997 leverte forslag til konkret utforming av en slik statistikk. Forslaget vil bety vesentlige forbedringer av dagens statistikk. Rikstrygdeverket søkte våren 1997 om konsesjon fra Datatilsynet for oppretting av ny sykefraværstatistikk men har foreløpig ikke fått svar på søknaden.

Sosial- og helsedepartementet støtter Statistisk sentralbyrås arbeid med å utvikle en database i forbindelse med Folke- og boligtellingsen år 2000. Basen skal gjøre det mulig å studere hvordan personer kommer inn i trygdesystemet og hvordan de beveger seg mellom trygdeordninger, andre sosiale stønader og arbeidsmarkedet.

Utviklingen av et nasjonalt indikatorsystem for folkehelse med sikte på et permanent system videreføres i 1999. Arbeidet med utvikling av indikatorer for den forebyggende virksomheten i kommunene vil bli videreført i 1999 med sikte på å utvikle indikatorer også for rehabiliteringsarbeid i kommunene. Fra 1998 deltar Norge i EU's helseovervåkingsprogram som bl.a. skal utvikle felles indikatorer for folkehelseområdet.

Det vil bli lagt fram et forslag til ny lov om helseregistre og annen informasjon i helsesektoren våren 1999. Formålet med loven er å gi helseforvaltningen informasjon om befolkningens helseforhold til bruk for generell administrasjon, styring, planlegging og kvalitetssikring av helsetjenesten.

Forenkling av skjemaer og administrative rutiner

Departementet har iverksatt en rekke tiltak med sikte på en forenkling og effektivisering av helsepersonellens arbeid med skjema, attester og innrapporteringer. Både innenfor Handlingsplanen for IT i helsesektoren og Handlingsplanen for helsepersonell og sosialpersonell er det igangsatt prosjekter på dette området. Arbeidet vil bli sett i sammenheng med Forum for organisasjonsutvikling i sykehus. Det overordnede målet er at nødvendige administrative rutiner skal utføres kostnadseffektivt. Tiltakene spenner fra arbeid med forenkling av manuelle skjema til standardisering av meldinger og bruk av elektroniske meldinger. Erfaringer fra arbeid med skjemaforenklinger og innrapportering viser at mye av dette arbeidet tar tid. Særlig gjelder dette tiltak som krever utvikling av standarder og bruk av automatiserte elektroniske meldinger. Erfaringer viser imidlertid også at det på dette området kan oppnås store effekter. I 1999 vil arbeidet med skjemaforenklinger bli videreført og ytterligere styrket. Det vil bli laget en samlet fremstilling av oppfølgingen av disse tiltakene i revidert Nasjonalbudsjett for 1999. I samarbeid med Den norske lægeforening er det videre også iverksatt et prosjekt hvor bl.a. også kartlegging av omfanget av skjemaer som sentrale og lokale myndigheter krever utfyllt inngår.

7. FORSKNINGS-, FORSØKS- OG ANNET UTVIKLINGSARBEID

Mål

FoU er et av flere virkemidler innenfor departementets ulike ansvarsområder. FoU skal bidra til innovasjon og en mer målrettet bruk av de samlede ressursene og systematisk og kritisk vurdere hvordan etablerte ordninger virker. FoU skal gi et kunnskapsbasert grunnlag for politikkutforming og reformarbeid og sikre langsiktig kompetanseoppbygning innenfor helse- sosial- og trygdesektoren. Bredden i departementets oppgaver og utfordringer fordrer satsing også på flerfaglige og sektorovergrepene FoU.

En viktig målsetting for departementet er å sikre hele befolkningen et tilfredsstillende og mest mulig likeverdig tilbud av helse- og sosialtjenester. Målene søkes nådd gjennom ulike velferds- og trygdeytelser, behandling og pleie- og omsorgstjenester. For å kunne tilfredsstille befolkningens økende etterspørsel etter- og forventninger til de tjenester som tilbys, stilles det store krav til utformingen av helse- og sosialtjenestene. Gjennom innhenting av forskningsbasert kunnskap om forhold som skaper eller hindrer utvikling av helse- og sosiale problemer, og videreutvikling av gode helse- og sosialtjenester vil departementet gis mulighet for å møte disse utfordringene på en hensiktsmessig måte. Departementets FoU innsats spenner fra medisinsk teknologi-vurdering, forskning om forebyggende og helsefremmende arbeid, rusmiddelbruk og -behandling, sammenheng mellom kulturelle forhold, folkehelsen og forbruk av helsetjenester, via utvikling av bedre omsorgstjenester og velferdsordninger til utviklingsarbeid i tjenesteapparatet. FoU-bevilgninger for budsjettåret 1999 beløper seg til ca 295 mill. kroner. I tillegg kommer de indirekte FoU-bevilgninger som følger av at FoU inngår som en integrert del av virksomheten ved flere av departementets underliggende etater, f.eks. Kreftregisteret og Folkehelsa samt ved sykehusene. Sammenholdt med 1998 øker FoU-relaterte utgifter i 1999 med i underkant av 20 pst.

Satsingsområder

A. FoU-tiltak knyttet til utforming og gjennomføring av politikken

Resultater fra FoU-virksomheten har bidratt til utforming av faktagrunnlag og forslag til tiltak i utredninger og meldinger. Vedtak ved Stortingets behandling vil følges opp med

omfattende reformarbeid, der FoU-virksomhet vil inngå for å stimulere til nytenking, bidra med kunnskap til og evaluere virkninger av endringene.

Viktige pågående satsinger er nærmere omtalt under de enkelte kapitlene:

- Forskning og utviklingsarbeid innenfor rehabilitering (kap. 718)
- Næringsutvikling og utvikling av IT og informasjonssystemer i helsetjenesten (kap. 739 og kap 701)
- Kompetansesenter for aldersdemens (kap. 730)
- Forsøk og utvikling i sykehussektoren (kap. 739)
- Forsøks- og utviklingsarbeid og kompetansehevende tiltak innen pleie- og omsorgssektoren (kap. 675).

Det legges også vekt på å initiere og fremskaffe FoU som grunnlag for arbeidet med politikkdokumenter de nærmeste årene. Viktige pågående satsinger er:

- Kvinnehelse (kap. 718)
- Rehabilitering, arbeidsforberedelse og mestring (kap. 718)
- Kompetansesenter for voldsofferarbeid (kap. 675)
- Utvikling av eldresenterets rolle i den kommunale eldrepolitikken (kap. 675)
- EU's folkehelseprogrammer (kap. 719)
- Kartlegge levekår og utvikle arbeidet med eldre og funksjonshemmede innvandrere (kap. 675)
- Levekårsundersøkelse for psykisk utviklingshemmede 10 år etter ansvarsreformen (kap. 765)
- Bedre kunnskap om kompetansebehov og rekrutteringspotensiale i helse- og omsorgssektoren (kap. 675)
- Kunnskapsutvikling og netteveksbygging mellom kommuner som har ansvaret for psykisk utviklingshemmede (kap. 675)
- Funksjonshemmede og aldring (kap. 675)

B. Langsiktig kompetanseoppbygging:

Tilskudd til Norges forskningsråd har et anvendt siktemål i realiseringen av overordnede målsetninger for helse-, sosial- og trygdesektoren. Departementets sektoransvar innebærer bl.a. bidrag til langsiktige strategier for kunnskapsoppbygging på disse områdene. I 1999 vil departementet videreføre finansiering av 17 forskningsprogram og satsinger på til sammen ca. 63 mill. kroner, fordelt på følgende tema nærmere omtalt under de enkelte kapitlene:

- Velferd og samfunn (kap. 718, 614, 675, 2600)
- Helsetjenesteforskning (kap. 701, 743)
- Rusmiddelforskning (kap. 614)
- Mental helse (kap. 743)
- Alternativ medisin (kap. 701)
- Informasjonsteknologi i helsetjenesten (kap. 701)
- Helse og kultur (kap. 718)
- Pasientnær klinisk forskning (kap. 701)
- Farmakologisk og farmasøytisk forskning (kap. 701)
- Medisinsk teknologivurdering, konsensuskonferanser (kap. 739)
- Helse i arbeidslivet (kap. 719)
- Forebyggende helsearbeid (kap. 719)
- Inneklima og helse (kap. 719)
- Miljøforurensning og helse (kap. 719)
- Virkninger av elektromagnetisk felt (kap. 719)
- Drikkevannsforskning (kap. 719)
- EU's Strålevernforskningsprogram (kap. 719)

I tillegg vil Norges Forskningsråd også utføre et forprosjekt som belyser muligheten for gjennomføring av tre prosjekter innen tre medisinsk-etiske områder. De omfatter undersøkelse av norsk steriliseringspraksis på såkalt medisinsk grunnlag av pasienter/elever innlagt i institusjon for psykisk utviklingshemmede, skolehjem mv, videre mulige etiske overgrep som har funnet sted i forskningens navn overfor personer som selv ikke kan samtykke og et prosjekt som kartlegger sammenhengen mellom eugenikk og humanetikk fra 1945 og frem til vår egen tid. Utgiftene til forprosjektet dekkes innenfor Sosial- og helsedepartementets rammer.

Grunnfinansieringen til Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) opprettholdes (kap. 612). For å sikre et best mulig kunnskapsgrunnlag for *sykehusdrift* gir departementet et tilskudd til Norsk institutt for sykehusforskning (NIS) (kap. 739). For å

styrke kunnskapsgrunnlaget innen *trygd* finansierer departementet 11 trygdeforskerstillinger ved Universitetet i Oslo, Universitetet i Bergen og Institutt for oppvekst, velferd og aldring (kap. 2600). For å styrke forskning omkring psykososiale problemer og sosiale miljøfaktors betydning for helse, har departementet gitt støtte til forskerstillinger ved Universitetet i Oslo (kap. 719). Fra 1999 vil departementet styrke dette området ved økt tildeling over Norges forskningsråd.

C. Bidrag til kvalitetsheving og -sikring på departementets ansvarsområder

Det daglige ansvar for kvalitetsheving og -sikring på helse-, sosial-, og trygdeområdet ligger på de operative instanser. Viktige pågående FoU-satsinger i regi av departementet er:

- Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje (kap. 614)
- Utpøvende behandling ved statlige sykehus (kap. 739)
- Utvikling av innsatsstyrt finansiering i sykehus (kap. 739)
- Utvikling og forbedring av statistikk- og rapporteringssystem i forbindelse med handlingsplanen for eldreomsorg (kap. 675)

Nye og økte satsinger 1999

Forum for ledelse og organisering i sykehus (kap. 739)

Som en oppfølging av NOU 1997:2 "Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus", er det i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund nedsatt en koordineringsgruppe for organisasjonsutvikling i somatiske og psykiatriske sykehus. Gruppen skal være et forum for å vurdere og initiere forsøksprosjekt for å utvikle modeller for ledelse og mer effektiv organisering. Målet er å få initiert "best-practice"-prosjekter hvor sykehuseier sammen med staten finansierer disse, og hvor slike modeller i neste omgang implementeres i de enkelte sykehus.

Styrking av medisinsk- og helsefaglig forskning

I tråd med intensjonen fra Voksenåsen erklæringen som fastslår at den medisinsk og helsefaglig forskningen er viktig for et godt helsevesen, vil departementet styrke denne forskningen i Norges forskningsråd med 5 mill kroner i 1999.

Styrking av helseøkonomisk forskning

For å bedre det økonomiske beslutningsgrunnlaget for helsepolitikken vil departementet gi tilskudd til Norges forskningsråd til langsiktig oppbygging av det helseøkonomiske forskningsmiljø. Midlene skal nyttes i samråd med departementet til etablering av akademiske stillinger, rekrutteringsstipend og prosjekter.

Toppforskningsprogram innen Medisin og Biomedisin

Toppforskningsprogram innen Medisin og Biomedisin er opprettet under Norges forskningsråd. Dette tar sikte på å gi yngre, fremragende forskere optimale arbeidsvilkår, frigjort fra administrative eller andre plikter, over en lengre periode, slik at de på full tid kan vie seg til grunnleggende forskning. Selv om denne virksomheten er skjermet, bør den ikke være isolert, men tvert i mot knyttet til etablerte forskningsmiljøer på ulike steder i landet, og med gode forbindelser til tilsvarende miljøer i utlandet.

Departementet vil derfor i årene som kommer støtte en slik satsing økonomisk.

Samtidig ser regjeringen det som viktig å benytte ulike modeller for støtte av grunnforskning. Den som her foreslås vil gi tilskudd til flere grunnforskningsmiljøer rundt om i landet, men innen fagfeltet medisin og biomedisin. Et annet eksempel er Senter for Høyere studier som omtales under Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementets budsjett og som tar sikte på å samle forskere fra ulike fag til et års opphold med konsentrert grunnforskning under gode arbeidsvilkår. Regjeringen mener det er viktig at fagmiljøene også støtter opp om slike ulike organisasjonsmodeller.

Styrking av forskning om psykiske lidelser og tjenestetilbudene

Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 legger vekt på behovet for å satse på forskning i årene framover. Behovet for behandlingsforskning er stort og vil bli prioritert. Forskningsinnsatsen vil skje bl.a. i samarbeid med Norges Forskningsråd (NFR). Program for Mental helse 1995-1999 (NFR) mottok 3 mill. kroner i økt bevilgning for 1998 i revidert budsjett, dette vil bli videreført for 1999. NFRs Program for helsetjenesteforskning har fått øremerket midler til forskning innen psykisk helsevern. Programmet skal analysere behovet for ulike typer tjenester, evaluere endringsprosesser og organisasjonsformer og se

på ressursutnyttelse i psykisk helsevern. Det tas sikte på å styrke innsatsen på feltet psykiatrisk helsetjenesteforskning i 1999, og det vil bli satt igang et eget evalueringsprogram for Opptrappingsplanen.

Styrking av forsknings- og utviklingsarbeid innenfor rehabilitering

Kartlegginger som departementet har foretatt i forbindelse med utarbeidelse av Stortingsmelding om rehabilitering viser at det fortsatt er store kunnskaps- og kompetansemangler på rehabiliteringsfeltet. Organisering av kunnskaps- og kompetanseutvikling og formidling blir derfor et viktig satsningsområde i 1999. Videre vil forsknings- og utviklingsarbeid knyttet til viderutvikling av tverretattlig kompetanse på rehabiliteringsområdet bli prioritert.

Av andre forslag til økte og nye satsinger i 1999 kan nevnes:

- Evaluering av handlingsplanen for eldreomsorgen (kap. 675)
Det er i regi av Norges Forskningsråd igangsatt evaluering av satsingen. Det tas sikte på å legge frem årlige statusrapporter som grunnlag for rapportering til Stortinget.
- Oppfølging av arbeid med Stortingsmelding om utjamning av levekår (kap. 2600)
- Eldreombud og omsorgsombud - forsøksprogram (kap. 675).
- Kartleggings- og utviklingsprosjekter knyttet til tjenester for funksjonshemmede med store adferdsproblemer
- Forskningsprosjekter knyttet til iverksettelse av regler om begrensnig og kontroll med bruk av tvang overfor psykisk utviklingshemmede (kap. 673)
- Forskning om osteoporose (kap. 719)
- Forebygging av bruk og misbruk av rusmidler
- Omsorgslønn for foreldre med funksjonshemmede barn

Nasjonal kreftplan/Tilskudd til kreftforskning

Forskningsinnsatsen på kreftsykdommer må spenne vidt og inkludere både grunnforskning, klinisk forskning, epidemiologisk forskning og forskning om hvilke forebyggings tiltak som virker og hvordan disse kan og bør implementeres. Regjeringen ser det som vesentlig at kreftforskning skjer på et faglig og uavhengig grunnlag og ikke i uheldig grad styres av næringsinteresser. Regjeringen vil gå inn for at det utarbeides en strategi for kreftforskning, og det foreslås en økning i bevilgningen til kreftforskning med 8 mill. kroner fra 1999. Midlene skal fordeles mellom Norges Forskningsråd og Senter for medisinsk teknologivurdering.

Oversikt over FoU-virksomhet på Sosial- og helsedepartementets budsjett, eksklusive den FoU-virksomheten som inngår som en integrert del av virksomheten ved underliggende etater og som andel av regionsykehusstilskuddene. For de kapitler/poster der bare deler av bevilgningen benyttes til FoU-formål, er beløpene å betrakte som anslag.

		(i 1 000 kroner)	
Kap/ post	Betegnelse (i 1998)	S III 1998	Anslag 1999
603.21	Forskning, utredning og IT m.m.....	50 750 ¹⁾	0
610.60/71	Rusmiddeldirektoratet, herav til FoU	0	16 400
612.	Statens inst. for alkohol og narkotikaforskn.	8 215	8 200
614.21	Tiltak for rusmiddelbrukere, herav til FoU og Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje	3 450	22 700
614.63	Utvikling av sosialtjenesten og rusmiddeltiltak.....		1 400
651.21	Forsøks-, opplysningsvirksomhet m.v. i sosialsektoren herav til FoU.....	4 600 ¹⁾	0
670.62	Styrking av geriatri	10 000	10 000
675.21	Tiltak for eldre og funksjonshemmede, herav til FoU	9 435	9 450
701.21	Forsøks- og effektiviseringsvirksomhet, herav til FoU	14 200	14 500
717.70	Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap m.m., herav til FoU	1 000 ¹⁾	0
718.21	Rehabilitering, forsknings- og utviklingsarbeid	0	23 100
719.21	Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak i sosial- og helsesektoren, herav til FoU	18 900	21 200
730.67	Andre tilskudd, herav til FoU	11 000	11 000
739.21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren	65 600	84 950
739.65	Kreftbehandling m.m., herav til FoU.....	5 000	13 000
743.60/70	Statlige stimulerings tiltak psyk. helsevern, herav til FoU	19 200	24 100
2600.21	Trygdeetaten, spes. driftsutg.....	38 400	51 900
I alt		260 050	311 900

¹⁾ Bevilgningen er flyttet til andre kapitler/poster.

8. ANSVARSFORDELINGEN MELLOM SOSIALMINISTEREN OG HELSEMINISTEREN FOR DE ENKELTE BUDSJETTKAPITLER OG POSTER

Etter at det i 1992 var utnevnt en statsråd for sosialsaker og en statsråd for helsesaker, dvs. en sosialminister og en helseminister ble det trukket opp en klar konstitusjonell ansvarsfordeling mellom statsrådene i St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 2 for 1992-93.

Sosialministeren har ansvaret for å legge fram Sosial- og helsedepartementets samlede budsjett, mens statsrådene i det daglige arbeid har budsjettansvaret fordelt etter saksområde.

Etter 1992 er det foretatt flere omorganiseringer i departementet. Videre er det opprettet en rekke nye budsjettkapitler og poster. Det er derfor hensiktsmessig å summere opp på nytt hvilke budsjettkapitler og poster statsrådene har ansvaret for.

Sosialministeren har ansvaret for saker og de budsjettkapitler og poster som hører inn under Pleie- og omsorgsavdelingen, Sosialavdelingen, Trygdeavdelingen og Administrasjons- og budsjettavdelingen.

Sosialministeren har ansvaret for følgende budsjettkapitler fra 1999:

Alle utgiftskapitlene under programområde 09 Sosiale formål, dvs. kap. 600-676.

Kap. 797 Helse- og sosialberedskap under programområde 05 Sivilt beredskap.

Alle utgiftskapitlene under programområde 29 Sosiale formål (folketrygden) d.v.s. kap. 2600-2691.

Videre følgende kapitler under programområde 30 Helsevern (folketrygden), kap. 2711, post 73 og 77, kap. 2750 post 71, 72, 75, 77 og 78, kap. 2751, post 71-73 og kap. 2790. Inntektskapitlene kap. 3600-3671, kap. 5527, kap. 5631 og kap. 5701-5703.

Dette medfører bl.a. at sosialministeren har ansvaret for lønns- og driftsbudsjettet for hele departementet (kap. 600 Sosial- og helsedepartementet), mens administrative saker som berører helseministeren skal forelegges ham til uttalelse.

Helseministeren har ansvaret for saker og de budsjettkapitler og poster som hører inn under Helseavdelingen, Forebyggings- og rehabiliteringsavdelingen og Sykehusavdelingen.

Helseministeren har ansvaret for følgende budsjettkapitler fra 1999:

Alle utgiftskapitlene under programområde 10 Helsevern, dvs. kap. 700-751, kap. 2480, kap. 2481.

Videre følgende utgiftskapitler under programområde 30 Helsevern (folketrygden): kap. 2711, postene 70, 71, 72, 74, 75, 76 og 78, kap. 2750, post 73, kap. 2751, post 70, kap. 2752 og kap. 2755.

Inntektskapitlene: kap. 3700-3751, kap. 5577, kap. 5578 og kap. 5632.

Tidligere har flere avdelinger og derved begge statsrådene vært involvert i forvaltningen av de enkelte bestemmelser i kap. 5 i folketrygdloven.

Ansvaret er nå som hovedregel lagt til den statsråd og avdeling som har fag- og budsjettansvaret for den korresponderende helsetjenesten, budsjettkapittel og post. Dette er det i hovedsak tatt hensyn til i overfor nevnte fordeling av budsjettkapitler og poster som statsrådene har ansvaret for. Helseministeren har imidlertid ansvaret for en del av § 5-22 - sykebehandling i utlandet, d.v.s. en del av kap. 2790, post 70.

Sosialministeren skal fortsatt ha et generelt ansvar for folketrygdloven, herunder bestemmelsene om medlemskap og lovens forvaltningsmessige bestemmelser og etatstyringen av Rikstrygdeverket.

9. TILPASNING TIL NYTT ØKONOMIREGLEMENT

Nytt økonomireglement med tilhørende utdypende bestemmelser, samlet kalt økonomiregelverket, ble satt i kraft ved kgl.res. 10. januar 1997 med virkning fra samme dag.

Siktepunktet har vært at de nødvendige tilpasninger til økonomiregelverket skulle vært gjennomført innen 1. juli 1998.

Det er utarbeidet egne retningslinjer for tilskuddsforvaltningen i Sosial- og helsedepartementet som ble gjort gjeldende fra 12. januar 1998. I følge økonomireglementet skal det utarbeides eget regelverk for samtlige tilskuddsordninger hvor bl. a. krav til saksbehandling, oppfølgings- og kontrollmetoder skal beskrives. Slikt regelverk er utarbeidet og vil bli fastsatt for hovedtyngden av tilskuddsordningene på Sosial- og helsedepartementets budsjett i løpet av 1998. For de resterende ordningene tar departementet sikte på at regelverk vil bli utarbeidet før utbetaling skjer i henhold til budsjettet for 1999. Som et ledd i dette arbeidet skal det også etableres et systematisk opplegg for evaluering av tilskuddsordningene.

Gjennomføringen av kravene i økonomiregelverket til økonomisystem, betalingsformidling og rapportering til det sentrale statsregnskapet m.m., er avhengig av at den enkelte virksomhet får tilgang til et tilfredsstillende økonomisystem. Trygdeetaten med omfattende systemløsninger for store utbetalingsstrømmer har fått forlenget tilpasningsperiode fram til utgangen av 2003 for nye systemløsninger som tilfredsstillende kravene i økonomiregelverket. Nesten alle Sosial- og helsedepartementets underliggende virksomheter har valgt å få tilgang til nye økonomisystemer gjennom de statlige regnskapssentralene, Statens forvaltningstjeneste og skattefogdene. Tilpasningen til det nye økonomiregelverket er for disse knyttet opp til regnskapssentralenes gjennomføringsplaner for den enkelte virksomhet.

Økonomiregelverket stiller også krav om at det skal utarbeides økonomiinstrukser fra departementet til den enkelte underliggende virksomhet og virksomhetsinterne instrukser, retningslinjer og rutiner. Hovedinstruksen for økonomiforvaltningen i Sosial- og helsedepartementet ble fastsatt 9. juni 1998. For underliggende virksomheter vil Sosial- og helsedepartementet fastsette hovedinstrukser for økonomiforvaltningen etter hvert som de får tilgang til tilfredsstillende økonomisystem.

Det er også arbeidet med å forbedre rapporteringen av resultater i fagproposisjonene samt omtale av mål og resultatkrav for kommende termins bevilgningsforslag. Det samme gjelder tildelingsbrev og tilskudds- og garantiordningene. Arbeidet med å forbedre resultatomtalen i fagproposisjonene og utforme og forvalte tilskuddsordningene bedre vil være en løpende prosess.

10. SEKTOROVERGRIPENDE MILJØVERNPOLITIKK

1. Sammen med seks andre departementer har Sosial- og helsedepartementet utarbeidet en handlingsplan for astma, allergi og inneklimateykdommer. Planen fokuserer særlig på barns og unges oppvekstvilkår og retter seg mot hjem, barnehager og skoler, helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Handlingsplanene har konkrete forslag til tiltak og sektorvise resultatmål som forplikter de forskjellige samfunnssektorene og forvaltningsorganene. Sentralt i arbeidet står påvirkning av oppvekst- og skolemiljø, arbeids-, bo- og nærmiljø og lokalsamfunn.

2. Handlingsplanene følges videre opp i Arbeidet med oppfølging av Helsinkideklarasjonen og foregår i en omfattende handlingsplan for miljø og helse, som også omfatter de ulike delplaner innenfor helsefremmende arbeid. En kortversjon av denne skal presenteres på den tredje ministerkonferansen, helse og miljø, i London i juni 1999. Regjeringen har gått inn for at et miljøpolitisk føre-var-prinsipp skal ligge til grunn for all miljø og ressursforvaltning og at det miljøpolitiske perspektivet må være sektorovergripende. Handlingsplanen for miljø og helse vil kunne fungere som et rammeverktøy for forvaltningsnivåene når de skal utvikle sine planer både på areal- og samfunnsplansiden. Handlingsplanen vil omhandle, i tillegg til hovedretningslinjer og prinsipper for arbeidet, uteluft og inneklimate, støy, drikkevann, fremmedstoffer i mat, helsefarlige kjemikalier, ulykker, stråling, friluftsliv og kultur og miljø.

3. I vårsesjonen 1997, fattet Stortinget enstemmig vedtak om å forby import av genmodifiserte produkter som inneholder antibiotikaresistensgener. Statens institutt for folkehelse ble gitt i oppdrag å etablere et nasjonalt overvåkingssystem for resistens hos mikrober (NORM). Dette arbeidet påregnes sluttført i løpet av 1998. Samtidig utvikler Helsetilsynet en veileder til landets leger om riktig bruk og forskrivning av antibiotika. Landbruksdepartementet ved veterinærmyndighetene driver intens veiledning for å redusere antibiotikabruken i landbruk og fiske. Arbeidet med å motvirke antibiotikaresistens er derfor nødvendig å drive i et tverrfaglig miljø. Sosial- og helsedepartementet startet i begynnelsen av 1998 et arbeid for å utvikle en overordnet plan som skal samordne og styre de forskjellige tiltakene. Planen skal foreligge omkring årsskiftet 1998/99.

4. Aksjonsprogrammet Barn og Helse startet i 1995 og løper frem til 1999. Målet er å fremme barns helse og trivsel. Gjennom erfaringsoverføring blir det stimulert til iverksettelse av utviklingsarbeid på tvers av sektorene i kommunene for å bedre oppvekstvilkårene for barn. Aksjonsprogrammet formidler kunnskap bl.a. om barns behov for aktivitet og bevegelse til kommunale beslutningstakere innen berørte sektorer, for at disse skal ta nødvendig hensyn under planleggingen.

5. Sosial- og helsedepartementet leder en embedsgruppe for atomulykkeberedskapen, som er et kontaktorgan for departementene i det løpende beredskapsarbeidet på dette området. Arbeidet ble evaluert i 1997 og reorganisert i 1998. Departementet deltar også i gjennomføringen av handlingsplanen for oppfølging av St.meld. nr. 34 (1993-94) om atomvirkksomhet og kjemiske våpen i våre nordlige nærområder. Dette arbeidet ledes av Utenriksdepartementet og er basert i en rammeavtale mellom Norge og Russland.

6. Alle de statlige underliggende spisskompetanseorganer innenfor helse har sektorovergripende funksjoner. Statens institutt for folkehelse gir sentrale og lokale helsemyndigheter råd om, samt utreder og deltar i overvåking av miljøforurensning og miljøgifter. Instituttet driver forskning bl.a. for å fremskaffe grunnlag for helsemessig risikovurdering. For Folkehelse er foreslått 285,2 mill. kroner for 1999, noe som er en økning på 0,9 pst. fra 1998.

Statens strålevern har arbeidet med å kartlegge og overvåke ioniserende stråling i lokalmiljøet og mulige helseeffekter av disse. Strålevernet har også gjennomført en omfattende behandling av søknad om og innstilling til konsesjon for et lager/deponi for radioaktivt avfall i Himdalen. Strålevernet vil følge opp med overvåking av selve driften av anlegget. I samarbeid med Landbruksdepartementet og Statens næringsmiddeltilsyn blir norske matvarer kontrollert for mulig radioaktiv forurensning, og tiltak iverksettes når måleresultatene tilsier det. Statens strålevern spiller en sentral rolle i beredskapen for atomulykker. Det er foreslått 37,1 mill. kroner på 1999-budsjettet.

Kreftregisterets analyser av utviklingen av det epidemiologiske bildet av kreft står sentralt i arbeidet med kreftsykdommer i landet. I egenskap av en forskningsinstitusjon, tar Kreftregisteret i samarbeid med andre forsknings- og universitetsmiljøer sikte på å belyse årsaker, risikofaktorer og forhold av betydning for forebygging og behandling av utvalgte kreftformer. Yrkes- og miljøbetingete kreftsykdommer vil fortsatt ha høy prioritet. Kreftregisterets budsjett er foreslått økt med 1,5 pst., det vil si 26,0 mill. kroner for 1999.

7. Det er behov for forskning som kan møte helse- og miljøutfordringene vi står overfor. Med støtte fra SHD har Norges forskningsråd opprettet forskningsprogrammer for forebyggende helsearbeid, helse- og miljøforurensning, for inn klima og helse og et annet program for drikkevannsforskning.

8. Sykehussektoren som forurensner

Det er et mål at et miljøstyringssystem integreres i den øvrige kvalitetsutviklingen i helsetjenestens virksomheter. Bruk av genmodifiserte organismer i norske sykehus vurderes ikke til å innebære noen trussel mot det biologiske mangfold dersom regelverket følges. Det finnes et forbedringspotensiale i sykehusene når det gjelder utslipp av lavradioaktive, kortlivede forbindelser til avløp. Det er vanskelig å foreta noen fullstendig vurdering av de miljøkonsekvensene av kjemikalier som brukes i norske sykehus, ettersom miljøkonsekvensene av legemidler er lite undersøkt. Selv om situasjonen for helse- og miljøfarlig avfall er tilfredsstillende i sykehusene, er det mulig å redusere de totale avfallsmengdene.

SHD vil gi en mer omfattende omtale av miljøproblemene knyttet til sektoren i budsjettet for 2000.

Kategori I - Rene miljøverntiltak

		(Mill. kr)	
Kap	Miljøverntiltak	S III 1998	Forslag 1999
710	Statens institutt for folkehelse	27,2	27,5 ¹⁾
715	Statens strålevern	8,3	8,5 ²⁾
Sum kategori I		35,5	36,0

1) Avdeling for miljømedisin

2) Avdeling Miljø

Kategori II - Tiltak med betydelig miljømotivasjon

		(Mill. kr)	
Kap	Miljøverntiltak	S III 1998	Forslag 1999
716	Kreftregisteret	22,6	26,0
Sum kategori II		22,6	26,0

Kategori III - Tiltak med begrenset miljømotivasjon

		(Mill. kr)	
Kap	Miljøverntiltak	S III 1998	Forslag 1999
710	Statens institutt for folkehelse	282,7	285,2
Sum kategori III		282,7	285,2

11. OVERSIKTSTABELLER

Forslag til statsbudsjettet for 1999 under programområde 09. Sosiale formål, 10. Helsevern og programkategori 05.30 Helseberedskap.

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

09. Sosiale formål

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
0600	Sosial- og helsedepartementet (jfr. kap. 3600)	137 008	148 300	155 000	4,5
0603	Forskning, utredning og IT m.v.	30 335	45 750		-100,0
0604	Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v. (jfr. kap. 3604)	43 585	18 370	71 400	288,7
0605	Modernisering og utviklingsarbeid	14 913			-0,0
	Sum kategori 09.00 Administrasjon	225 841	212 420	226 400	6,6
0610	Rusmiddeldirektoratet (jfr. kap. 3610)	93 665	129 320	137 900	6,6
0612	Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (jfr. kap. 3612)	9 984	8 215	8 100	-1,4
0613	Statens fond for alkoholfrie overnattings- og serveringssteder	3 845			-0,0
0614	Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmisbrukere m.v.	109 231	130 390	184 900	41,8
0616	Statens klinikk for narkomane (jfr. kap. 3616)	23 046	22 670	23 250	2,6
	Sum kategori 09.10 Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmisbruk m.v.	239 771	290 595	354 150	21,9
0651	Forsøksvirksomhet, opplysningsvirksomhet m.v. i sosialsektoren	55 109	15 850		-100,0
	Sum kategori 09.50 Sosialtjenesten	55 109	15 850		-100,0

0660	Krigspensjon	1 029 527	1 000 000	1 010 000	1,0
0664	Pensjonstrygden for sjømenn	203 916	193 000	193 000	0,0
0666	Avtalefestet pensjon (AFP)	232 954	253 000	378 000	49,4
Sum kategori 09.60 Kontantytelser		1 466 397	1 446 000	1 581 000	9,3
0670	Tiltak for eldre	538 454	1 342 020	2 132 300	58,9
0672	Rådet for funksjonshemmede	4 999			-0,0
0673	Tiltak for funksjonshemmede	1 831 698	1 348 540	1 423 500	5,6
0674	Handlingsplan for funksjonshemmede	88 872	102 780	87 700	-14,7
0675	Tiltak for eldre og funksjonshemmede		78 400	46 400	-40,8
0676	Kompetansesentra for funksjonshemmede			88 100	-0,0
Sum kategori 09.70 Eldre og funksjonshemmede		2 464 023	2 871 740	3 778 000	31,6
Sum programområde 09 Sosiale formål		4 451 141	4 836 605	5 939 550	22,8

10. Helsevern

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
0700	Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jfr. kap. 3700)	213 298	197 140	205 200	4,1
0701	Forsøks- og utviklingsvirksomhet	47 168	73 550	171 300	132,9
0702	Nemnd for bioteknologi	4 648	4 730	5 450	15,2
0703	Helsetjenesten for innsatte i fengsel	62 199	64 050	66 600	4,0
0704	Giftinformasjonssentralen	6 801	7 250	9 500	31,0
0705	Kursvirksomhet og stipendier	62 476	105 500	118 100	11,9
Sum kategori 10.00 Helsetilsyn m.m.		396 590	452 220	576 150	27,4

0710	Statens institutt for folkehelse (jfr. kap. 3710)	289 879	282 700	292 400	3,4
0711	Statens rettstoksikologiske institutt (jfr. kap. 3711)	56 282	53 470	56 760	6,2
0712	Statens helseundersøkelser (jfr. kap. 3712)	42 146	39 695	41 200	3,8
0713	Statens ernæringsråd (jfr. kap. 3713)	7 781	18 100	23 500	29,8
0714	Statens tobakkskaderåd (jfr. kap. 3714)	16 149	30 850	36 420	18,1
0715	Statens strålevern (jfr. kap. 3715)	74 648	35 500	43 700	23,1
0716	Kreftregisteret (jfr. kap. 3716)	27 658	25 595	26 950	5,3
0717	Til gjennomføring av lov om svangerskapsavbrudd	26 771	29 600		-100,0
0718	Rehabilitering			136 500	-0,0
0719	Helsefremmende og forebyggende arbeid	115 656	117 990	167 215	41,7
Sum kategori 10.10 Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering		656 970	633 500	824 645	30,2
0720	Rehabilitering	16 605	127 000		-100,0
Sum kategori 10.20 Rehabilitering		16 605	127 000		-100,0
0730	Fylkeskommunenes helsetjeneste		13 118 090	14 129 300	7,7
0731	Rikshospitalet	2 832 759	1 878 075	1 149 000	-38,8
0733	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger			4 500	-0,0
0734	Det norske Radiumhospital	693 910	681 200	278 800	-59,1
0735	Statens senter for epilepsi (jfr. kap. 3735)	114 216	112 810	121 460	7,7
0737	Barnesykehus (jfr. kap. 3737)	47 064	50 220	43 400	-13,6
0738	Helsetjenesten på Svalbard (jfr. kap. 3738)	11 231	10 780	11 200	3,9
0739	Andre utgifter (jfr. kap. 3739)	362 606	403 650	609 280	50,9
Sum kategori 10.30 Somatiske spesialisttjenester		4 061 786	16 254 825	16 346 940	0,6
0740	Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (jfr. kap. 3740)	96 797	91 950	24 300	-73,6
0742	Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter	20 227	15 650	20 800	32,9
0743	Statlige stimuleringsiltak for psykisk helsevern	104 521	1 239 800	1 499 460	20,9
Sum kategori 10.40 Psykisk helsevern		221 545	1 347 400	1 544 560	14,6

0750	Statens legemiddelkontroll (jfr. kap. 3750 og 5578)	55 039	59 900	65 200	8,8
0751	Apotekvesenet (jfr. kap. 3751 og 5577)	58 372	76 160	79 640	4,6
0752	Apotekavgiftsfondet (jfr. kap. 5577)				-0,0
Sum kategori 10.50 Legemidler		113 411	136 060	144 840	6,5
0760	Fylkeskommunenes helse- og sosialtjeneste	8 960 651			-0,0
0761	Kommunenes helse- og sosialtjeneste	339 302			-0,0
Sum kategori 10.60 Helse- og sosialtjenesten i kommuner og fylkeskommuner		9 299 953			-0,0
Sum programområde 10 Helsevern		14 766 860	18 951 005	19 437 135	2,6
0797	Helse- og sosial beredskap	11 231	12 100	12 150	0,4
Sum kategori 05.30 Helse- og sosial beredskap		11 231	12 100	12 150	0,4
Sum utgifter under Sosial- og helsedepartementet		19 229 232	23 799 710	25 388 835	6,7

Veksten i utgiftene er 1,13 milliarder kroner større når en korrigerer for overgang til nettobudsjettering av Rikshospitalet og Det norske Radiumhospital. Tatt hensyn til dette blir utgiftsveksten under programområde 10 Helsevern på ca. 1,6 milliarder kroner og 8,5 pst (ikke 2,6 pst.) og veksten under Sosial- og helsedepartementets del av statsbudsjettet blir på ca. 2,7 milliarder kroner og 11,4 pst. (ikke 6,7 pst.).

Av utgiftsveksten på Sosial- og helsedepartementets del av statsbudsjettet, ekskl. folketrygden på ca. 2,7 milliarder kroner er ca. 2,3 milliarder kroner styrking av kommuneposter (60-poster). Herunder ca. 900 mill. kroner under programområde 09 til styrking av eldreomsorgen m.m. og ca. 1,4 milliarder under programområde 10 Helsevern til styrking av sykehussektoren, psykiatri m.m.

Vel 300 mill. kroner er økning i overføringene til private (70-poster). Herunder 125 mill. kroner i økte utgifter til Avtalefestet pensjon (AFP).

Resten 100 mill. kroner er nettoøkning under øvrige poster til drift av institusjoner m.m. Herunder økte utgifter i forbindelse med lønnsoppgjøret i 1998 på 153 mill. kroner.

Inntekter på statsbudsjettet 1999 eksklusiv folketrygdens inntekter fordelt på kapitler.

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
3600	Sosial- og helsedepartementet (jfr. kap. 600)	2 783	4	4	0,0
3604	Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v. (jfr. kap. 604)	36			-0,0
3610	Rusmiddeldirektoratet (jfr. kap. 610)	32 017	16 810	13 450	-20,0
3612	Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (jfr. kap. 612)	1 957	300	310	3,3
3613	Statens fond for alkoholfrie overnattings- og serveringssteder (jfr. kap. 613)	1 800	16 840	6 000	-64,4
3616	Statens klinikk for narkomane (jfr. kap. 616)	16 234	15 890	16 290	2,5
5527	Vinmonopolavgiften m.m.	53 684	22 000	27 700	25,9
5631	Aksjer i A/S Vinmonopolet		17 202	40 002	132,5
3661	Sykepenger	655 780	670 000	692 200	3,3
3670	Tiltak for eldre (jfr. kap. 670)	2			-0,0
3700	Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jfr. kap. 700)	19 949	2 130	750	-64,8
3702	Nemnd for bioteknologi (jfr. kap. 702)				-0,0
3704	Giftinformasjonssentralen (jfr. kap. 704)	166			-0,0
3710	Statens institutt for folkehelse (jfr. kap. 710)	82 025	62 280	63 850	2,5
3711	Statens rettstoksikologiske institutt (jfr. 711)	4 980	690	710	2,9
3712	Statens helseundersøkelser (jfr. kap. 712)	7 571	3 190	3 270	2,5
3713	Statens ernæringsråd (jfr. kap. 713)	586	60	62	3,3
3714	Statens tobakksskaderåd (jfr. kap. 714)	1	40	41	2,5
3715	Statens strålevern (jfr. kap. 715)	40 139	600	615	2,5
3716	Kreftregisteret (jfr. kap. 716)	6 312	1 070	1 100	2,8
3731	Rikshospitalet (jfr. kap. 731)	1 048 630	941 820		-100,0
3734	Det norske Radiumhospital (jfr. kap. 734)	451 956	414 680		-100,0
3735	Statens senter for epilepsi (jfr. kap. 735)	78 973	74 500	76 400	2,6
3737	Barnesykehus (jfr. kap. 737)	6 401	5 920	4 770	-19,4
3738	Helsetjenesten på Svalbard (jfr. kap. 738)	1 781	1 310	1 350	3,1
3739	Behandlingsreiser til utlandet (jfr. kap. 739)	7 331	9 840	9 500	-3,5
3740	Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (jfr. kap. 740)	53 523	51 400	12 300	-76,1
3750	Statens legemiddelkontroll (jfr. kap. 750)	1 490	150	150	0,0
3751	Apotekvesenet (jfr. kap. 751)		200	200	0,0

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
5577	Avgift til staten av apotekenes omsetning (jfr. kap. 1507 og 751)	77 236	82 500	87 500	6,1
5578	Avgift på farmasøytiske spesialpreparater (jfr. kap. 750)	65 307	58 650	61 550	4,9
5632	Aksjer i A/S Norsk medisinaldepot	25	175 000	25 000	-85,7
	Sum departementets inntekter				
	Sivilt beredskap	2 718 675	2 645 076	1 145 074	-56,7

Bevilgningen under inntektskapitlene foreslås redusert med 1,5 milliarder kroner fra 1998 til 1999.

Herav skyldes ca 1,35 milliarder overgang til nettobudsjettering av Rikshospitalet og Det norske Radiumhospital og 150 mill. kroner redusert utbytte fra A/S Norsk Medisinaldepot.

12. STILLINGS- OG ÅRSVERKOVERSIKT

Årsverk pr. 1. oktober 1996, pr. 1. oktober 1997 og pr. 1. mars 1998 i henhold til Statens sentrale tjenestemannsregister.¹⁾

		Årsverk pr. 1/10-96	Årsverk pr. 1/10-97	Årsverk pr. 1/3-98
600	Sosial- og helsedepartementet.....	288	294,8	324,0
604	Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v. ¹⁾	11	12,0	6,4
610	Rusmiddeldirektoratet.....	53,4	47,6	48,5
612	Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.....	18,8	20,1	18,0
616	Statens klinikk for narkomane	48	48,0	47,0
673	Tiltak for funksjonshemmede	3,8	3,7	3,7
	Sum område 09 Sosiale formål	423	426,2	447,6
700	Statens helsetilsyn og fylkeslegene.....	437,2	463,6	466,0
702	Nemnd for bioteknologi.....	4	3,0	4,0
704	Giftinformasjonssentralen.....	14,6	12,0	13,0
710	Statens institutt for folkehelse.....	420,4	409,9	410,8
711	Statens retts toksikologiske institutt	80,6	80,1	84,6
712	Statens helseundersøkelser.....	73,5	67,0	69,7
713	Statens ernæringsråd	11	12,0	12,0
714	Statens tobakkskaderåd	10,2	8,0	9,6
715	Statens strålevern	83,5	81,3	82,6
716	Kreftregisteret	44,5	46,0	49,1
731	Rikshospitalet	3 386,5	3 500,7	3 541,0
734	Det norske Radiumhospital.....	1 185	1 233,3	1 249,0
735	Statens senter for epilepsi	210,6	213,2	217,0
737	Barnesykehus	115,2	107,1	108,0
738	Helsetjenesten på Svalbard	20	18,0	17,5
740	Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri....	229,8	216,2	221,2
750	Statens legemiddelkontroll	85,7	91,6	96,5
	Sum område 10 Helsevern	6 412,3	6 563,0	6 651,6
	Sum områdene 09 og 10	6 835,3	6 989,2	7 099,2
797	Helse- og sosial beredskap	3	3,0	3,0
	Sum område 05 Sivilt beredskap	3	3,0	3,0
	Statens forretningsdrift:			
2480	Rikshospitalets apotek ¹⁾	5,8	8,0	7,0
2481	Radiumhospitalets apotek ¹⁾			
	Sum forretningsdrift	5,8	8,0	7,0
	Folketrygden:			
2600	Trygdeetaten ²⁾	6 784,7	6 923,8	6 574,7
2603	Trygderetten.....	69,7	67,3	61,5
	Sum område 29 Sosiale formål	6 854,4	6 991,1	6 636,2
	Sum Sosial- og helsedepartementet	13 698,5	13 991,3	13 745,4

¹⁾ Statens sentrale tjenestemannsregister inneholdt ikke fullstendig oversikt over alle årsverk under kap 604 Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v., kap. 2480 Rikshospitalets apotek og kap. 2481 Radiumhospitalets apotek.

²⁾ Hjelpemiddelsentralene inngår fra 1999 under kap. 2600 Trygdeetaten. Antall årsverk under Hjelpemiddelsentralene var 570,4 pr. 1. oktober 1996 og 671,9 pr. 1. oktober 1997.

13. GARANTIORDNINGER*Oversikt over garantifullmakter*

	(i mill. kroner)				
	Utbetalt i 1995 pr. 31.12.96	Garanti- ansvar pr. 31.12.97	Fullmakt nye garanti- tilsagn 1998	Forslag nye garanti- tilsagn 1999	Ramme garanti- ansvar 1998
Garanti for lån til opprettelse og overtakelse av apotek	0	345,5	50,0	50,0	400,0

Statsgaranti for lån til opprettelse og overtakelse av apotek

Statsgaranti for lån kan søkes av apotekere i forbindelse med etablering av nyopprettede, private apotek, overtagelse eller modernisering/flytting av eksisterende private apotek. Det var i 1996 338 private apotek (inkl. filialer) og 249 apotekere. Det forutsettes at lånet skal benyttes til anskaffelse av varelager og investering i aktiverbare anleggsmidler (inventar, utstyr og i ganske mange tilfelle også bygningsmessige innredningsarbeider). Bortsett fra lån til overtakelse av apotek ved innehaverskifte, gis det statsgaranti til prosjekter som på forhånd er godkjent av Helsetilsynet. Det kreves kontragaranti eller annen sikkerhet for halvparten av det til enhver tid gjenværende lånebeløp.

I løpet av 1998 har departementet mottatt ett krav om innfrielse av statens garantiansvar. Kravet er på ca. 36 000 kroner. Dette er første gang siden ordningen ble innført at staten må innfri sin garantiforpliktelse.

Pensjonsordningen for apoteketaten, som medlem av Statens pensjonskasse, er långiver og har for tiden midler til å dekke lånebehovet 100 pst. Renten er f.t. 5,0 pst. p.a. Lånene blir nedbetalt 5 pst. pr. år over 20 år. Staten har i løpet av de siste 20 årene ikke hatt tap på sin garantistillelse under denne ordningen.

Garantirammen har økt fra 150 mill. kroner i 1984 til 400 mill. kroner fra 1. januar 1989.

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

14. 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:

Bruk av stikkordet “kan overføres”

(tall i 1 000 kroner)					
Kap.	Post	Benevnelse	Overført fra 1997	Forslag 1999	Begrunnelse for stikkordet
610	70	Tilskudd til avholdsorganisasjoner m.m.	0	56 600	Bl.a. investeringsprosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
614	63	Utvikling av sosialtjenesten og rusmiddeltiltak	1 495	115 150	Forskjell i utbetalingen i de enkelte år
670	62	Styrking av geriatri	10 999	10 000	Prosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
673	65	Psykisk utviklingshemmede med sikringsdom	236	31 000	Forskjell i utbetalingen de enkelte år
674	21	Spesielle driftsutgifter	0	52 700	Prosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
719	21	Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren	3 449	58 340	Forskjell i utbetalingen i de enkelte år
719	66	Handlingsplan mot selvmord	1 612	7 700	Prosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
719	70	Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien og smittevern	1 188	21 600	Prosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
730	64	Tilskudd til utstyr på sykehus	53 831	284 000	Investeringsprosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
730	66	Helseregionale og andre samarbeidstiltak	1 474	12 000	Prosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
739	64	Tilskudd til RIT 2000		67 300	Byggeprosjekt
743	60	Utredninger og utviklingsarbeid	4 445	65 700	Prosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
743	61	Tilskudd til psykososialt arbeid for flyktninger	41	15 500	Prosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
743	70	Tilskudd til forskning, videre- og etterutdanning	0	85 540	Prosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
Sum			78 770	883 130	

B. Nærmere om de enkelte kapitler og poster*PROGRAMOMRÅDE 09. SOSIALE FORMÅL**Programkategori 09.00 Administrasjon***Kategori 09.00 Kapitler**

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
0600	Sosial- og helsedepartementet (jfr. kap. 3600)	137 008	148 300	155 000	4,5
0603	Forskning, utredning og IT m.v.	30 335	45 750		-100,0
0604	Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v. (jfr. kap. 3604)	43 585	18 370	71 400	288,6
0605	Modernisering og utviklingsarbeid	14 913			-0,0
Sum kategori 09.00		225 841	212 420	226 400	6,5

Kategori 09.00 Postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post- gruppe	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
01-23	Driftsutgifter	182 475	207 120	169 850	-18,0
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	2 484	5 300	5 350	0,9
70-89	Overføringer til private	40 882		51 200	-0,0
Sum kategori 09.00					
Administrasjon		225 841	212 420	226 400	6,6

Tidligere post 01 Lønn og godtgjørelser og post 11 Varer og tjenester er slått sammen til ny post 01 Driftsutgifter.

Programkategorien dekker driftsutgifter til Sosial- og helsedepartementet, utgifter til utredningsvirksomhet, veiledning og forsøksvirksomhet omkring forhold av betydning for arbeidet innen helse-, trygde- og sosialsektoren og tilskudd til frivillige organisasjoner.

KAP. 600 SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENTET

(jfr. kap. 3600)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	134 524	143 000	149 650
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, kan overføres	2 484	5 300	5 350
	Sum kap. 0600	137 008	148 300	155 000

Overført fra 1997 til 1998:

Post 01: 1 115 000 kroner

Post 45: 815 000 kroner

Kapitlet dekker driftsutgifter til Sosial- og helsedepartementet.

I innledningen til denne proposisjon er det redegjort for de viktigste sakene som departementet arbeider med. Nedenfor gis det en kort presentasjon av departementets avdelinger pr. 1. september 1998:

Administrasjons- og budsjettavdelingen er departementets samordningsavdeling. Avdelingen koordinerer departementets budsjettarbeid og økonomistyring. Videre har avdelingen ansvaret for arbeidsrettslige spørsmål og personalsaker, tarifforhandlinger beredskapsarbeid og arkiv. Internasjonale saker, informasjonsteknologi og –systemer samt organisasjonsutvikling er også tillagt avdelingen.

Helseavdelingen er departementets fagavdeling for fylkeskommunale og kommunale tjenester overfor personer med psykiske lidelser, almenlegetjenester, tannhelsetjenesten og legemiddelfeltet. 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 departementets 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. Avdelingen har ansvaret for godkjenning og oppfølging av sykehusutbygging, herunder Nytt Rikshospital på Gaustad og bygging av ny universitets klinikk i Trondheim – RiT 2000.

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

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

Sosialavdelingen er fagavdeling for sosialtjenesten, herunder økonomisk sosialhjelp. Avdelingen har også ansvaret for rusmiddelpolitikken, herunder tiltak for redusert bruk av rusmidler og forebygging av rusmiddelmissbruk.

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

Spesifikasjon av eksisterende råd og utvalg i 1998:**Råd:**

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

Utvalg:

- Fordelingsnemnd funksjonshemmedes organisasjoner
- Den akuttmedisinske kjede
- Alternativ medisin utvalget
- Evaluering av luftambulansetjenesten
- Altabataljonutvalget
- Sjømannspensjonsutvalget
- Arbeidsgruppe for bedre utnyttelse av de nasjonale helseregistre
- Folkehelsearbeidet i kommunene
- Pleie- og omsorgstilbud til uhelbredelige syke
- Utredning om kvinners helse
- Utjamning av levekår
- Klageorgan - Vinmonopolet
- Gentestutvalget

Status 1998*Tilpasning til nytt økonomireglement*

- Det er fastsatt hovedinstruks for økonomiforvaltningen i Sosial- og helsedepartementet.
- Nytt regnskapssystem er innført fra 1. juni 1998 og overgang til egen regnskapsfører fra 1. september 1998.

Omorganisering i Sosial- og helsedepartementet fra 1. mars 1998

Sosial- og helsedepartementet har fra 1. mars 1998 foretatt en del organisatoriske endringer som bl.a. innebærer:

- Ansvaret for styring av underliggende etater er samlet hos fagavdelingen, slik at det blir én styringslinje mellom departement og etat.
- Enkelte ansvarsområder som tidligere var spredd har fått en klarere tilhørighet til én avdeling (pleie- og omsorg, IT, rehabilitering).
- Forbedret koordinering bl.a. når det gjelder forskning og utvikling, takstforhandlinger og særavtaler.

Stillinger

Antall årsverk var 288 pr. 1. oktober 1996 og 324 pr. 1. mars 1998 i følge det sentrale tjenestemannsregisteret. Forberedelse og gjennomføring av tunge reformer på Sosial- og helsedepartementets område i 1999 vil medføre en betydelig administrativ belastning.

Budsjettforslag for 1999:

Det opprettes to ekspedisjonssjefsstillinger til departementsrådets stab. Stillingene skal ha ansvar for koordinering, på tvers av avdelingene, av hhv. lov-/regelverksutvikling og budsjett-/økonomispørsmål av strategisk karakter.

Statens helsetilsyn har til nå ivaretatt statens interesser i erstatningssaker. Oppgaven overføres Sosial- og helsedepartementet.

KAP. 3600 SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENTET

(jfr. kap. 600)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
02	Salg av publikasjoner m.v.	181	4	4
16	Refusjon fødselspenger	2 580		
17	Refusjon lærlinger	22		
	Sum kap. 3600	2 783	4	4

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. 603 FORSKNING, UTREDNING OG IT M.V.

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
21	Spesielle driftsutgifter	30 335	45 750	
	Sum kap. 0603	30 335	45 750	

Ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 44 (1997-98) ble bevilgningen økt med 5 mill. kroner for 1998.

Overført fra 1997 til 1998:

Post 21: 938 000 kroner

Post 21: 786 000 kroner (fra tidligere kap. 605 post 21)

Bevilgningen er for 1999 foreslått flyttet til andre kapitler under Sosial- og helsedepartementet:

- 12,7 mill. kroner er foreslått flyttet til kap. 701 Forsøks og utviklingsvirksomhet, post 21.
- 18,1 mill. kroner er foreslått flyttet til nytt kap. 718 Rehabilitering, post 21.
- 3 mill. kroner er foreslått flyttet til kap. 719 Helsefremmende og forebyggende arbeid, post 21
- 6,55 mill. kroner er foreslått flyttet til kap. 739 post 21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren.
- 3,3 mill. kroner er foreslått flyttet til kap. 743 Statlige stimulerings tiltak for psykisk helsevern, post 70.
- 2 mill. kroner til kap. 675, post 21 Tiltak for eldre og funksjonshemmede.

Resultatrapport 1997

Omtale av resultater fra virksomheter finansiert over kap. 603, post 21 i 1997 er plassert under de fagkapitler virksomheten er flyttet til, jfr. ovenstående.

KAP. 604 ETAT FOR RÅDSSEKRETARIATER OG ENKELTE HELSE- OG SOSIALFAGLIGE OPPGAVER M.V.

(jfr. kap. 3604)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	2 703	18 370	20 200
70	Tilskudd til frivillighetssentraler	40 882		51 200
	Sum kap. 0604	43 585	18 370	71 400

Overført fra 1997 til 1998:

Post 01: 352 000 kroner (kr 156 000 fra kap. 0670 post 01 og kr 196 000 fra kap. 719 post 11).

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

Sosial- og helsedepartementet opprettet en egen etat for rådssekretariat m.v. 1. januar 1998. Sekretariatene for Frivillighetens samarbeidsorgan (FRISAM), Statens eldreråd, Rådet for funksjonshemmede, Fordelingsnemnda for tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner og Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver (SOHO) er tilknyttet

den nye etaten. I tillegg er oppgaven med koordinering av landsdekkende kompetansetiltak for personer med sjeldne og lite kjente funksjonshemninger og enkelte andre oppgaver lagt til den nye etaten.

Rådssekretariatene, FRISAM senter og SOHOs sekretariat er egne enheter innen etaten, men administrative oppgaver er samlet i en egen, felles enhet. Omorganiseringen har ikke berørt mandatene til rådene, FRISAMs styre og kontaktforum, Fordelingsnemnda eller SOHO, eller deres mulighet til direkte kontakt med departementene.

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

Budsjettrammen for de forskjellige områdene fordeles slik:

	Regnskap 1996	Regnskap 1997	Fordeling 1998	Fordeling 1999
FRISAM	2 558	2 622	2 684	3 000
Statens Eldreråd	3 053	3 095	3 166	3 900
Rådet for funksjonshemmede ¹⁾	4 838	4 550	4 669	4 500
SOHO	3 897	3 915	3 986	4 000
Sekretariatet for fordelingsnemnda for tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner				700
Koordinering av tiltakene for personer med sjeldne og lite kjente funksjonshemninger			2 000	2 200
Opgaver overført fra departementet, husleieutgifter ved samlokalisering m.v.			1 865	1 900
Sum			18 370	20 200

1) Driftsutgifter knyttet til sekretariatet for fordelingsnemnda for tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner er trukket ut av RFF's andel av bevilgningen for 1999.

2. Resultatrapport 1997

Grunnlaget for etablering av etaten ble lagt i 1997, med utredning av organisasjonsmodell, samlokalisering og innflytting i nye lokaler. Resultatrapporter for de enkelte enheter er omtalt separat under pkt. 5.

3. Tilstandsvurdering

1998 har vært et oppstarts- og utviklingsår for etaten. Hovedarbeidet i den nye forvaltningsenheten har vært oppbygging av administrative rutiner og systemer, og arbeid med bemanning av den nye forvaltningsenheten. Intensjonen om et styrket administrativt apparat og økt administrativt samarbeid mellom sekretariatene er dermed i stor grad realisert. En del av effektiviseringsgevinsten er tatt ut i departementet bl.a. ved at rapporteringen til departementet er samordnet, etatsstyringen er forenklet, og departementet har blitt avlastet for omfattende arbeid med anvisninger og intern regnskap. Etaten har fått utvidede økonomiske og administrative fullmakter, og den lokale økonomistyringen er styrket. Etaten har utviklet en felles arkivnøkkel og arkivrutiner, og IT og informasjonsformidling over Internett er et prioritert samarbeidsområde i etaten. Etaten har et godt utgangspunkt for effektiv drift og styrking av den faglige innsatsen.

4. Satsingsområder og resultatmål for 1999

Arbeid med innføring av nytt økonomisystem videreføres i 1999. For øvrig vil etaten fra 1999 gå inn i et ordinært driftsår.

Administrative resultatmål for 1999 er:

- styrke innsatsen på området sjeldne funksjonshemninger, herunder administrasjon av diverse institusjoner og tiltak, se omtale under kap. 676, post 01 og 70,
- oppfylle kravene i økonomireglementet,
- synliggjøre effektiviseringsgevinster av den nye etaten, i form av frigjort kapasitet til faglige oppgaver i de enkelte enhetene i etaten og utnytte muligheter for samarbeid mellom de ulike enhetene i etaten.

5. Nærmere om de forskjellige områdene

5.1. FRISAM

5.1.1 Formål og hovedprioriteringer for FRISAM

FRISAM senter er sekretariat for FRISAM Kontaktforum og for FRISAM styre. FRISAM kontaktforum er autonomt i forhold til staten. FRISAM driver:

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

5.1.2 Resultatrapport for 1997 for FRISAM

Kontaktforumet har hatt 4 møter. Målet for oppretting av nye sentraler var 175 ved utgangen av 1997. Ved utgangen av 1997 var 172 sentraler i drift, se omtale under post 70. FRISAM senter har gitt opplæring til nettverksledere for frivillighetssentraler og utviklet 30 gruppenettverk for daglige ledere over hele landet.

5.1.3 Satsingsområder og mål for 1999 for FRISAM

FRISAM kontaktforum skal i 1999 videreutvikle og forankre rollen som samarbeidsorgan for frivillige organisasjoner, og arena for dialog mellom frivilligheten og det offentlige.

Bidra til å markere FN's internasjonale eldreår i 1999.

FRISAM er et 4-årig prosjekt som skulle vært avsluttet ved utgangen av 1998, jfr. St.meld. nr. 16 (1993-94) Om videreføring av arbeidet med frivillighetssentralene. Forsøksperioden er utvidet med ett år bl.a. for å få gjennomført evalueringsopplegget. Departementet vil i budsjettet for 2000 legge fram et forslag til fremtidig modell for organisering av frivillighetsfeltet.

5.2. Statens eldreråd

5.2.1 Formål og hovedprioriteringer for Statens eldreråd

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

Rådets virksomhet bygger på *FN's prinsipper for eldre i verden*.

Rådet har 15 medlemmer som innehar særlig interesse for og innsikt i Eldres stilling i samfunnet.

5.2.2 Resultatrapport for 1997 for Statens eldreråd

På grunn av utsatt nyoppnevning av rådet og pga. et uvanlig stort antall høringsaker, har årets virksomhet vært annerledes enn opprinnelig planlagt.

Rådets vedtatte overordnede mål er å arbeide for å bedre levekårene for eldre generelt og de svakstilte spesielt, gjennom henvendelser, høringsuttalelser, foredrag, informasjonsarbeid og internasjonalt arbeid.

Følgende områder ble prioritert:

- Eldres levekår: økonomi, bolig og livskvalitet.
- Eldres deltakelse: gjensidig kontakt med eldrerådene.
- Helse- og sosialtjenester: boformer med heldøgns omsorg, kvalitet og omfang på pleie- og omsorgstjenestene og eldre dementes livssituasjon.

Rådet har avgitt 17 høringsuttalelser. Det er holdt 31 foredrag og distribuert 316 000 brosjyrer. Representanter for Rådet har deltatt på 11 internasjonale møter.

5.2.3 Satsingsområder og mål for 1999

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

- at "FN's prinsipper for eldre i verden" inngår i departementenes, Regjeringens og Stortingets mål- og handlingsplaner
- å følge opp realiseringen av Handlingsplan for eldreomsorgen 1998-2001
- at forebyggende tiltak og ordninger for å utsette den pleietrengende perioden, inngår i myndighetenes planarbeid.

Aktuelle satsingsområder og enkelte delmål er:

- FN's prinsipper: - delta i planleggingen av markeringen av FN's internasjonale eldreår

- Eldres levekår: - følge nøye utviklingen i eldres levekår og livsvilkår
- Helse- og sosialtjenester: - påvirke/bedre utviklingen av bo- og behandlingstilbudet og rettssikkerheten for psykisk syke eldre, inkl. demente - kompetanseheving av saksbehandlingen ifm. vedtak om tildeling av tjenester
- Forebyggende arbeid: - tilrettelagte aktiviteter og informasjon
- Eldres deltakelse: opprettholde kontakten med de kommunale/fylkeskommunale eldrerådene
- Trafikk: - kontakt med Samferdselsdepartementet og Vegdirektoratet vedrørende kursopplegg for eldre bilførere
- Informasjon:- videreføre informasjonsvirksomheten gjennom Aldersnytt o.a.
- Internasjonal kontakt: opprettholde kontakten med internasjonale organisasjoner

5.3. Rådet for funksjonshemmede

5.3.1 Formål og hovedprioriteringer for Rådet for funksjonshemmede

Rådet for funksjonshemmede gir offentlige myndigheter råd om utformingen og gjennomføringen av politikken for funksjonshemmede og driver utadrettet informasjon. Regjeringen har lagt vekt på at rådets 12 medlemmer har bred samfunns erfaring og god innsikt i funksjonshemmedes stilling i samfunnet. Overordnet mål for rådsperioden 1995 - 99 er "Like muligheter og full deltaking i samfunnet for mennesker med funksjonshemming".

5.3.2 Resultatrapport for 1997 for Rådet for funksjonshemmede

- Rådet har arbeidet med gjennomgang og drøfting av foreliggende data når det gjelder levekårssituasjonen for funksjonshemmede. Nye initiativ er lagt inn i arbeidsprogrammet for 1998.
- Rådets prosjekter om brukervedvirkning, tilgjengelighet, støttekontakt og avlastning innenfor Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede er slutført. Spredning av kunnskapsutbyttet har skjedd gjennom nettverk og seminar og videreføring er lagt inn i arbeidsprogrammet for 1998. Det er utgitt tre publikasjoner.
- Rådets kartleggingsundersøkelse om FNs standardregler er fulgt opp med anbefalinger til ny handlingsplan og møter med 9 departementer.
- Rådet har utarbeidet et notat på området tekniske tiltak og tilrettelegging av miljø som grunnlag for rådets arbeid med overordnet rådgiving på området. Notatet er drøftet med aktuelle miljøer.
- Det er laget et plandokument som rådet har vedtatt som strategisk grunnlag for sitt arbeid. Rådets informasjonsarbeid er gjennomgått og tilpasses strategien gradvis.
- Rådet har medvirket i vurderingen og reorganiseringen av den interdepartementale gruppen for spørsmål som gjelder funksjonshemmede internasjonalt. Forprosjekt om samarbeid på myndighetsplan med Uganda om implementeringen av FNs standardregler har fått NORAD finansiering, og planlegging i forhold til drøftinger med Uganda er i gang.
- Rådet har videreført arbeidet som høringsinstans på ulike sektorområder og har i 1997 avgitt 26 høringsuttalelser.

5.3.3. Satsingsområder og mål for 1999

Med utgangspunkt i de satsingsområder som er prioritert i arbeidsprogrammet for rådsperioden 1995-99, vil rådet i 1999 ha "FNs standardregler" og "Tilgjengelighet" som særlige satsingsområder. Rådet vil blant annet:

- delta i gjennomføringen av Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede 1998 - 2001 med særlig vekt på områdene Tilgjengelighet og Planlegging og brukervedvirkning
- styrke kontakten med Statssekretærutvalget for den samlede politikken for funksjonshemmede og det enkelte departement
- arbeide for å øke gjennomslaget for FNs standardregler på lokalplanet i samarbeid med fylkesråd og kommunale råd for funksjonshemmede
- iverksette samarbeidsprosjekt med myndighetene i Uganda om FNs standardregler
- følge den internasjonale utviklingen på området tekniske tiltak og tilrettelegging av miljø og ta initiativ til konferanser om grunnleggende rettigheter i informasjonssamfunnet og tilgjengelighet til offentlig kulturtilbud
- videreføre arbeidet med sentral rådgiving

5.4. SOHO - Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver

5.4.1 Formål og hovedprioriteringer

SOHO, Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver, består av 29 medlemsorganisasjoner. Blant disse er 20 frivillige organisasjoner, Kommunenes sentralforbund og 8 statlige forebyggingsinstitusjoner som arbeider på det helsefremmende feltet.

SOHOs mandat, fastsatt av departementet i 1995, er å:

- fremme utvikling og formidling av kunnskap og virkemidler av betydning for helsefremmende arbeid
- gi råd til medlemsorganisasjonene om bruk av informasjon og holdningsskapende tiltak, og søke å samordne innsatsen med sikte på en rasjonell og effektiv utnyttelse av tilgjengelige ressurser
- gi råd og høringsuttalelser til offentlige myndigheter på oppfordring
- holde kontakt med relevante nordiske og andre internasjonale organisasjoner som arbeider med helsefremmende og forebyggende oppgaver
- samarbeide med tilsvarende samarbeidsorgan på fylkes- og kommunenivå.

SOHOs hovedmål er:

- Økt samarbeid mellom frivillige organisasjoner og offentlig sektor om helsefremmende oppgaver. Strategi: gjennom kunnskapsutvikling og tilrettelegging av gode læringsprosesser.
- Høyere prioritering av helsefremmende arbeid i samfunnet. Strategi: gjennom økt kunnskap og bredere engasjement blant SOHOs medlemmer og andre.

5.4.2 Resultatrapport 1997

Arbeidet med tydeliggjøring av SOHOs mål og tilpasning av aktiviteter i forhold til målsettinger og mandat har nedfelt seg i dokumentet "Mål og satsinger", som nå utgjør fundamentet i arbeidet.

SOHO har særlig lagt vekt på å mobilisere fylkesnivået i folkehelsearbeidet. En koordinering på fylkesnivå er vanskelig, men et godt samarbeid her vil bidra til å styrke arbeidet i kommune og lokalsamfunn. Kontakten med fylkene fikk et betydelig løft i 1997, og særlig i forhold til de fire fylkene knyttet til SOHOs forsøksprogram om samarbeid på fylkesnivå. Også kontakten til landets øvrige fylker er styrket, gjennom direkte kontakter og formidlings- og erfaringskonferanse.

Aktiviteten blant medlemsorganisasjonene varierer. Det er viktig fortsatt å utforske hvilket potensiale som SOHO har for å aktivisere medlemmene i forhold til felles satsinger, og finne veier og strategier for å bringe frivillige organisasjoner i kontakt med hverandre og samvirke med de offentlige forebyggingsinstitusjonene. Det dreier seg om samarbeid om spesielle tema eller satsinger, drøfte metoder og metodeutvikling på feltet og utvikling av tiltak i forhold til spesielle målgrupper.

SOHO har i 1997 fordelt om lag 2,36 mill. kroner til 38 prosjekter. 600 000 kroner har gått til forsøksprogrammet på fylkesnivå. Prosjektstøtten har gått til utvikling av informasjons- og kursmaterieell, gjennomføring av kurs og prosjekter og tilrettelegging av helsefremmende arbeid i lokalmiljø og i forhold til spesielle målgrupper.

Temamøter, Faglig forum og utgivelse av SOHO-posten har også vært gjennomført med god respons i 1997-98. Internasjonalt arbeid har økt i omfang, som følge av etablering av nettverk i EU/IUHPE-regi, særlig for EU's folkehelseprogrammer.

5.4.3 Satsingsområder og resultatmål for 1999

SOHO vil i 1999 fortsatt arbeide med de satsingene som ble startet opp i 1998:

- Økt samarbeid på fylkesnivå: ved å bidra til gode samarbeidsnettverk om helsefremmende arbeid i alle fylker.
- Styrking av medlemskontakten: ved å utvikle SOHO som møteplass for læring og erfaringsutveksling.
- Delta i samarbeidsprosesser: ved aktiv samhandling og bidragsyting med relevante instanser og beslutningstakere.
- Delta i internasjonale nettverk: ved deltakelse i IUHPE og ENHPA fremme internasjonalt samarbeid om helsefremmende oppgaver.

5.5. Fordelingsnemnda for tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner.

Nemnda består av 5 medlemmer som er oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet etter forslag fra funksjonshemmedes organisasjoner. Nemndas oppgave er å fordele tilskudd til

funksjonshemmedes organisasjoner (kap. 673, post 75) og tilskudd til likemannsarbeid (kap. 673, ny post 63). En nærmere omtale er gitt under tilskuddspostene.

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

5.6.1 Formål og hovedprioriteringer

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

5.6.2 Bakgrunn og tilstandsvurdering

I forbindelse med handlingsplanene for funksjonshemmede (1990-1997) ble det utprøvd ulike modeller for nasjonale kompetansesentra for små og mindre kjente grupper funksjonshemmede. Fra 1998 er de fleste tiltakene permanente. Smågruppesenteret på Rikshospitalet (SSSS), Trenings- og rådgivningssenteret ved Sunnaas (TRS), Tannhelsekompetansesenter for sjeldne medisinske tilstander ved Universitetet i Oslo (TAKO) og kompetanseoppbygging omkring syndromdiagnostikk for de som ikke har fått en diagnose, kom i tillegg til de tilbud som tidligere er blitt gitt ved Frambu, Institutt for blødere, Statens sentralteam for døvblinde og regionsentrene for døvblinde. Staten bruker årlig ca. 80 mill. kroner på slike tilbud.

Opprettelsen av tilbudene til små grupper funksjonshemmede er begrunnet i at medfødte og sammensatte sykdommer og tilstander med inntil 100 kjente individer pr. mill. innbyggere, gir spesielle utfordringer for det lokale hjelpeapparat. For disse gruppene funksjonshemmede er det derfor nødvendig med nasjonale tilbud som kan gi supplement og rådgivning til det ordinære hjelpeapparatet.

Behovet for styring av tilbudene har sammenheng med at:

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

I 1998 er antallet grupper som får tilbud økt med 7 ved SSSS og TRS har overtatt 2 grupper fra Frambu. Det er startet et arbeid for å gi flere grupper tilbud ved Frambu. Det er etablert en faglig rådgivningsgruppe med representanter fra brukerorganisasjonene, Statens helsetilsyn, Rikstrygdeverket, Arbeidsdirektoratet, Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og Kommunenes sentralforbund. Utvalget skal gi etaten råd om koordinering av tilbudene for mennesker med sjeldne funksjonshemminger, herunder om prioritering av statlige midler til kompetanseutvikling, kunnskapsformidling og utvikling av landsdekkende tilbud.

5.6.3 Satsingsområder og mål for 1999

Det foreslås følgende mål for denne funksjonen:

- Utvikle og gjennomføre et systematisk arbeid med å samle og utvikle kunnskap om sjeldne funksjonshemminger, både om medisinske forhold og om betingelsene for et selvstendig liv og deltakelse i samfunnet.
- Formidle slik kunnskap til funksjonshemmede og deres pårørende og organisasjoner, aktuelle instanser innen kommunalt, fylkeskommunalt og statlig hjelpeapparat (helse- og sosialtjenesten, trygdeetaten, arbeidsmarkedsetaten, skoleverket mv.) samt utdanningsinstitusjonene. Herunder gradvis bygge opp en informasjonstjeneste med sikte på å etablere en informasjonstelefon ("grønn telefon").
- Løpende vurdere behov for særskilte nasjonale tiltak for bistand til det ordinære hjelpeapparatets arbeid med diagnostisering, behandling, utredning, rehabilitering, herunder tilrettelegging av praktisk bistand i dagliglivet og på skole og arbeidsplass.
- Forvalte bevilgninger på Sosial- og helsedepartementets budsjett til etablering og drift av særskilte tiltak for mennesker med sjeldne funksjonshemminger.
- Etablere et forum for samarbeid og erfaringsutveksling mellom de ulike kompetansesentrene.
- Utvikle felles innsats for informasjon og erfaringstilbakeføring til det ordinære hjelpeapparatet i kommuner og fylker.

- Medvirke til etablering av landsdekkende tilbud til mennesker med medfødte progredierende tilstander.
- En nærmere omtale av tiltak og institusjoner for funksjonshemmede som etaten vil ha ansvaret for i 1999 er gitt under nytt kap. 676, post 01 og 70.

5.7. Andre forvaltningsoppgaver

Prosessen med å overføre/delegere oppgaver fra Sosial- og helsedepartementet videreføres i 1999. Det er et mål at endringen skal frigjøre noe ressurser til andre oppgaver.

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

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

Noe ressurser til dette arbeidet baseres på effektiviseringsgevinster fra andre oppgaver. For øvrig må behov for nye ressurser vurderes i forhold til de oppgavene som etaten skal overta.

6. Budsjettforslag for 1999

Det er i budsjettforslaget lagt opp til en styrking av bevilgningen på 1,8 mill. kroner. Bevilgningsøkningen består for det meste av ulike omposteringer til kap. 604, post 01, for å samle alle driftsutgifter knyttet til etaten på en bevilgning.

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 11 pr. 1. oktober 1996 og 6,4 pr. 1. mars 1998. Tjenestemannsregisteret inneholdt ikke fullstendig oversikt over alle årsverk pr. 1. mars 1998.

Post 70 Tilskudd til frivillighetssentraler

Det foreslås at midlene under kap. 675, post 71 overføres til kap. 604, ny post 70, jfr. Budsjett Innst. S. nr. 11 (1997-98). Bevilgningen er foreslått økt med 4,9 mill. kroner i 1999.

1. Formål og oppgaver

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

2. Resultatrapportering og tilstandsvurdering

I 1997 ble det gitt midler til oppstart av 27 nye frivillighetssentraler. I 1998 er det gitt midler til oppstart av 45 nye sentraler. Pr. 1. juli 1998 er det i drift 213 sentraler. Det vil si at det i 1998 er satt i drift 38 nye sentraler. Når måltallet ikke er oppnådd, skyldes det at det ikke er mottatt tilstrekkelig med kvalifiserte søknader.

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

År	Antall sentraler med statsstøtte	Frivillig innsats omregnet i hele årsverk
1994	86	219
1995	115	243
1996	149	255
1997	175	330 *)
1998	213	

*) Beregnet på grunnlag av aktiviteten i 2. kvartal

3. Satsingsområder og mål

Det er Stortingets forutsetning at det skal være etablert 220 frivillighetssentraler i 1998, jfr. Budsjett Innst. S. nr. 11 (1997-98). I 1998 vil man komme opp i 213 frivillighetssentraler. Økningen i bevilgningen for 1999 gir rom for etablering av 17 nye sentraler i 1999. Det foreslås at tilskuddet til sentralene økes fra 200 000 til 205 000 kroner pr. hele driftsår. Fra 1999 må alle sentraler finansiere minst 40 pst. av budsjettet fra lokale kilder. Den del av tilskuddsbevilgningen som ikke går til driftstilskudd til sentralene, kan benyttes til informasjon, kompetanseutvikling, rådgivning, evaluering m.v.

KAP. 3604 ETAT FOR RÅDSSEKRETARIATER OG ENKELTE HELSE- OG SOSIALFAGLIGE OPPGAVER M.V.

(jfr. kap. 604)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
02	Salg av publikasjoner	36		
	Sum kap. 3604	36		

KAP. 605 MODERNISERINGS- OG UTVIKLINGSARBEID

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
21	Spesielle driftsutgifter	14 913		
	Sum kap. 0605	14 913		

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen ble flyttet til kap. 603 post 21 i 1998.

Programkategori 09.10 Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmisbruk m.v.

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

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

Kategori 09.10 Kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
0610	Rusmiddeldirektoratet (jfr. kap. 3610)	93 665	129 320	137 900	6,6
0612	Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (jfr. kap. 3612)	9 984	8 215	8 100	-1,3
0613	Statens fond for alkoholfrie overnattings- og serveringssteder	3 845			-0,0
0614	Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmisbrukere m.v.	109 231	130 390	184 900	41,8
0616	Statens klinikk for narkomane (jfr. kap. 3616)	23 046	22 670	23 250	2,5
Sum kategori 09.10		239 771	290 595	354 150	21,8

Kategori 09.10 Postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post- gruppe	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
01-23	Driftsutgifter	102 446	112 275	114 800	2,2
60-69	Overføringer til kommuner	56 048	93 180	148 150	59,0
70-89	Overføringer til private	81 277	85 140	91 200	7,1
Sum kategori 09.10 Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmisbruk m.v.		239 771	290 595	354 150	21,9

1. Overordnet formål med programkategorien

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

samfunnsmessige og individuelle skadene som bruk og misbruk av rusmidler kan føre med seg.

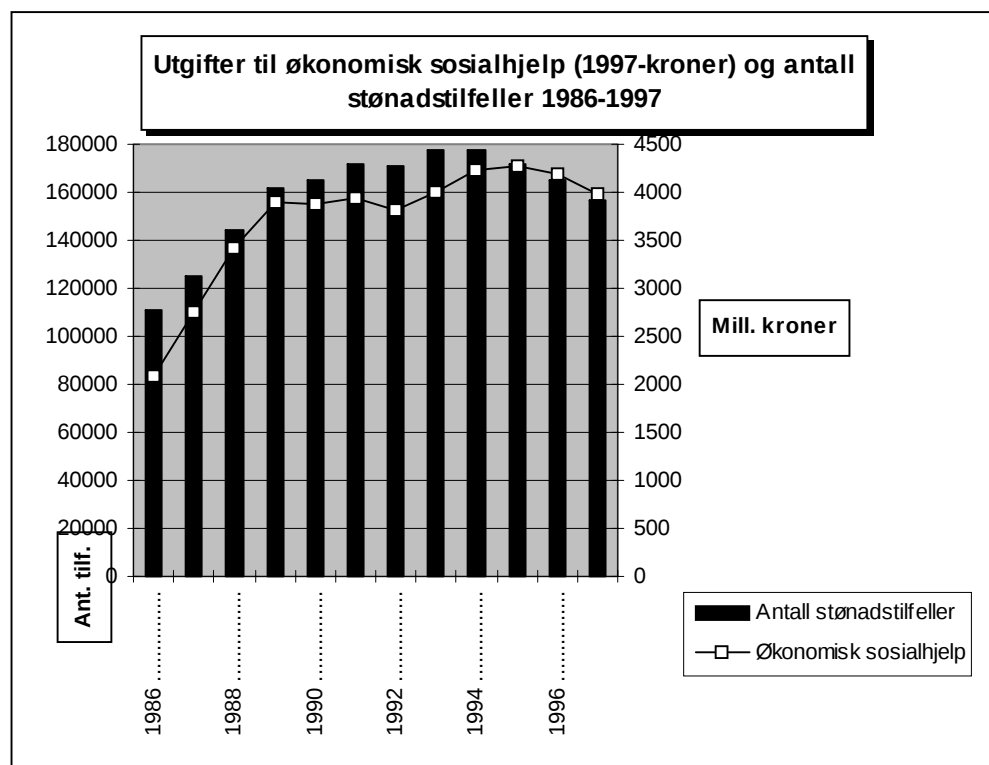
Formålet med programkategorien er å støtte forsøksvirksomhet, utviklingsarbeid og forskning innen sosialtjenesten, bidra til å begrense skadevirkningene av alkohol, samt hindre misbruk av narkotika.

2. Tilstandsbeskrivelse/resultatrapport

Sosialtjenesten

Sosialtjenestens brukere er i økende grad langtidsmottakere av sosial stønad og har mer sammensatte problemer: helseproblemer, lav utdanning, arbeidsledighet, ingen eller sviktende inntekt, og rusmiddelmisbruk. Mye tyder på at det er store variasjoner mellom kommunene når det gjelder kvaliteten på tjenestene. Sikring av gode levekår krever samordnet innsats, og mange steder er slik samordning ikke tilstrekkelig utviklet.

Utgiftene til økonomisk stønad og antallet stønadstilfeller økte kraftig i siste halvdel av 1980-årene. Denne tendensen ser ut til å ha snudd, og etter 1994 har det vært nedgang i utgifter og antall stønadstilfeller. I 1995 var antallet stønadstilfeller 171 528, i 1996 164.604, for deretter å synke ytterligere til 152 666 i 1997. I 1997 var de årlige utgiftene til økonomisk stønad for første gang siden 1993 under 4 mrd. (1997-)kroner.



Kilde: Statistisk Sentralbyrå

Også når det gjelder utbetaling av økonomisk stønad synes det å være variasjoner mellom kommunene og internt i de større kommunene. Noe av denne variasjonen synes å være tilfeldig og etats- eller personavhengig.

Sosialtjenesten har i mange kommuner gjennomgått til dels betydelige organisatoriske endringer. Det har dessuten foregått betydelig kompetanseheving og bevisstgjøring ved sosialkontor som har deltatt i utviklingsarbeidet de senere år. Det er likevel behov for å videreutvikle og spre kunnskap om organisasjons- og arbeidsformer som sikrer at sosialtjenesten kan ivareta funksjonene sine, både som forvalter av økonomisk stønad og som god tjenesteyter overfor personer med store og sammensatte hjelpebehov. Reduksjon av tilfeldig forskjellsbehandling, økt kvalitet på tjenestetilbudet, og en brukervennlig, tilgjengelig tjeneste er fortsatt sentrale mål. Våren 1998 iverksatte departementet en Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje, "Kunnskap og brubygging". Planen følger opp disse målene.

Rusmiddelpolitikken

Det registrerte alkoholforbruket i Norge har siden 1993 vært økende etter en nedgang fra begynnelsen av 1980-tallet. Fra 1996 til 1997 har det vært en økning på 6,2 pst. målt i ren alkohol pr. innbygger over 15 år. Selv om Norge ligger lavt i omsetning av alkohol sammenlignet med de øvrige landene i Europa, har også vi et høyt antall alkoholrelaterte problemer. Det er de senere årene introdusert alkoholprodukter spesielt rettet mot ungdom. "Rusbrus" eller "alkopops" er eksempel på en ny type alkoholdrikk som på kort tid fikk en ikke uvesentlig utbredelse. I første halvår 1998 registrerte A/S Vinmonopolet, som omsetter i underkant av en tredjedel av all "rusbrus", en betydelig reduksjon i salget, sammenlignet med samme periode i 1997. Av det registrerte alkoholkonsumet i 1997 refererte 0,75 pst. seg til "rusbrus". Øl er den dominerende alkoholtypen i Norge med 55,1 pst. av omsetningen regnet i ren alkohol. Siden 1980 har brennevinsomsetningen vist betydelig nedgang, mens vinomsetningen har steget. Ved siden av den legale omsetningen av alkohol, er det for smuglersprit og hjemmebrent utviklet omsetningsmetoder som også har økt tilgjengeligheten av ulovlig sprit til barn og unge. Kreative markedsføringstiltak for alkoholprodukter med sikte på å omgå reklameforbudet, synes å øke med større konkurranse på alkoholmarkedet.

Økt internasjonal, ulovlig produksjon og handel med narkotika har ført til økt tilgang på narkotiske stoffer også i Norge. Som resultat av bl a dette, har misbruket av stoffer som amfetamin og heroin fått betydelig geografisk spredning, og antallet hardt problembelastete misbrukere økt. Flere av disse er blitt mer nedslitte og forkomne, og dødeligheten i gruppen er høy. Det var 177 registrerte narkotikadødsfall i 1997, mot 124 i 1994 og 96 i 1991. Det er introdusert nye, syntetiske stoffer i ungdomsmiljøer knyttet til internasjonale ungdomskulturelle strømninger. En økende andel unge oppgir å ha brukt ulike narkotiske stoffer, og liberale holdninger til bruk av cannabis, sentralstimulerende midler og hallusinogener er blitt vanligere.

Større tilgjengelighet og mer liberale holdninger til rusmidler, understreker viktigheten av økt satsing på forebyggende og holdningsskapende innsats. Det er nødvendig å videreføre og styrke de tradisjonelt virksomme tiltakene på området, herunder samarbeid med foreldre, undervisningen i skolene, oppsøkende ungdomsarbeid og innsatsen til frivillige organisasjoner. For å oppnå troverdighet hos de mest risikoutsatte unge, er det også nødvendig å videreutvikle utradisjonelle tiltak som støtter unges egne initiativ til å danne "motkultur" til "ruskulturen". Den forebyggende innsatsen må rettes både mot hele befolkningen og mot spesielt utsatte grupper, ha et langsiktig perspektiv og forankres i kommunene og lokalmiljøene.

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

Fylkeskommunene har ansvaret for etablering og drift av institusjoner for omsorg og behandling av rusmiddelmisbrukere. Norge har et mangfoldig institusjonstilbud. Det spenner over bl.a. profesjonelle, terapeutiske tilnærminger og livssynsbaserte tiltak. Det synes ikke å være en enkelt behandlingsmetode som egner seg bedre enn en annen. Behandlingsresultatene påvirkes av samspillet mellom en rekke faktorer. En gjennomgående erfaring både fra behandlingsforskning og praksis er betydningen av langvarig oppfølging (ettervern).

Bestemmelsene i sosialtjenesteloven om tilbakehold av rusmiddelmisbrukere i institusjon med og uten eget samtykke, trådte i kraft 1. januar 1993. Fra 1. januar 1996 kom en egen bestemmelse om tilbakehold av gravide rusmiddelmisbrukere. I 1996 fattet fylkesnemndene 22 vedtak om tilbakehold uten eget samtykke. I tillegg ble det truffet 9 vedtak og 26 hastevedtak (godkjenning av midlertidige vedtak) i forhold til gravide misbrukere. Tallene for 1997 viser at det ble truffet 19 vedtak om tilbakehold av misbrukere, og i tillegg 10 vedtak og 18 hastevedtak overfor gravide.

3. Virkemidler og forventete resultater for 1999

Sosialtjenesten

Sosial- og helsedepartementet vil videreføre arbeidet med å utvikle og styrke sosialtjenesten i kommunene. Målet er å redusere tilfeldig forskjellsbehandling, gjøre tjenesten mer brukervennlig, og i større grad tilpasse den til de vanskeligst stilte. Hovedsatsingen på området følger av Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje "Kunnskap og brubygging" (1998-2001), iverksatt våren 1998. I St.meld. nr. 16 (1996-97) Narkotikapolitikken ble det lansert et eget program for styrking av førstelinjens arbeid med rusmiddelproblemer. Tiltaket er integrert i handlingsplanen. Planen inneholder tiltak som skal styrke og videreutvikle sosialtjenestens kompetanse på en rekke områder, herunder evnen til samarbeid med andre instanser og stimulere til utviklingsarbeid i kommunene. Veiledende retningslinjer for sosialhjelp og revisjon av hoveddrundskrivet til sosialtjenesteloven, er også sentrale virkemidler for departementets satsing på dette området.

Rusmiddelpolitikken

Sosial- og helsedepartementet vil oppnevne et rusmiddelpolitisk råd som skal stimulere til bred rusmiddelpolitisk debatt og være bindeledd mellom myndighetene, partene i arbeidslivet, næringslivsorganisasjonene, forsikringsbransjen og de rusmiddelpolitiske organisasjonene på det forebyggende området. Regjeringen går inn for en mer offensiv rusmiddelpolitikk, og har i 1998 lagt fram St.prp. nr. 58 (1997-98) Handlingsplan for redusert bruk av rusmiddel (1998-2000). Sentrale mål er: reduksjon av det totale alkoholforbruket i samsvar med WHO's mål, reduksjon av misbruket av ulovlige stoffer, bevisstgjøring av holdninger til bruk og misbruk av rusmidler, og et bedre og mer effektivt behandlings-, etterverns- og omsorgstilbud for misbrukerne. Rusmiddeldirektoratet vil få en sentral rolle i gjennomføringen av handlingsplanen, herunder videreutvikling av holdningsskapende tiltak og støtte til rusfrie miljøtiltak og de frivillige organisasjonene. A/S Vinmonopolet som monopolordning er rettet inn mot å begrense det totale alkoholkonsumet i Norge. Som ledd i gjennomføringen av handlingsplanen, vil A/S Vinmonopolet få økt informasjonsansvar om helsefarene ved et høyt alkoholforbruk. Rusmiddelpolitikken må bli bygget på dokumenterte kunnskaper om virkningene av de ulike tiltakene. Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning har viktige oppgaver på dette området.

Metadonassistert rehabilitering er under etablering som et permanent, landsomfattende tilbud til misbrukere med et langvarig, opiattdominert misbruk uten at andre hjelpe- og rehabiliteringstiltak har bedret fungeringsevnen og livssituasjonen. Målet med bruk av metadon, som ett av flere virkemidler i helhetlige rehabiliteringsopplegg, er å bistå de aktuelle misbrukerne med å komme seg ut av de hardt belastete sprøytemisbruksmiljøene, nyttiggjøre seg annen hjelp og behandling, redusere skadene av sprøytemisbruket og faren for overdosedødsfall, bedre den fysiske og sosiale funksjonsevnen og oppnå rusfrihet og yrkesmessig og sosial rehabilitering. Inntakskriteriene er at klienten skal ha fylt 25 år, ha minst 10 års vedvarende opiattdominert misbruk og gjennomgått medikamentfri behandling i rimelig omfang. Det skal dessuten foreligge en tiltaksplan undertegnet av klienten, den kommunale sosialtjenesten og andre samarbeidende instanser om et helhetlig rehabiliteringsopplegg. Det kan gjøres unntak fra kriteriene dersom det foreligger en dokumenterbar, behandlingstrengende, kronisk og livstruende medisinsk tilstand.

Sosial- og helsedepartementet har våren 1998 lagt fram Ot.prp. nr. 78 (1997-98) Om lov om endringer i lov om sosiale tjenester m.v. (Tilbakeholdelse av rusmiddelmissbrukere uten eget samtykke m.m.). Endringene tar sikte på å gi pårørende adgang til å kreve iverksatt undersøkelse med henblikk på eventuell tvangsplassering, og styrke klientenes rettssikkerhet. Stortingets eventuelle vedtak til lovforslaget vil bli fulgt opp med en handlingsveileder til kommunene.

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

KAP. 610 RUSMIDDELDIREKTORATET
(jfr. kap. 3610)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	42 733	60 140	48 300
60	Forebyggende og kompetansegivende tiltak		14 700	33 000
70	Tilskudd til avholdsorganisasjoner m.m., <i>kan overføres</i>	46 777	44 940	56 600
71	Tilskudd til forskning	2 000	1 600	
72	Tilskudd til Norsk senter for rusfri miljøutvikling		3 940	
73	Tilskudd til Blå Kors	2 155		
74	Tilskudd til alkoholfrie overnattingssteder m.m.		4 000	
Sum kap. 0610		93 665	129 320	137 900

Overført fra 1997 til 1998:

Post 01: 1 400 000 kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

Rusmiddeldirektoratet skal bidra til å forebygge rusmiddelproblemer. Direktoratet skal ha sin oppmerksomhet rettet mot alle forhold som gjelder utviklingen av forbruket av legale og illegale rusmidler og forbrukets konsekvenser, foreslå tiltak for å forebygge rusmiddelproblemer, og gjennomføre slike tiltak etter nærmere bestemmelse. Hovedprioriteringene for direktoratets forebyggende virksomhet er å fremskaffe dokumentasjon og formidle opplysning om rusmiddelspørsmål, skape enhet i det offentlige arbeidet med å forebygge rusmiddelproblemer, fremme rusmiddelforebygging i skoleverket og opplysningsvirksomhet gjennom de frivillige organisasjonene og media, samt virke for samarbeid mellom offentlige institusjoner og frivillige organisasjoner på området.

Direktoratet er bevillingsmyndighet, og skal utøve tilsyn og kontroll med alkohollovens bevillingsordning for tilvirkning og engrossalg av alkoholholdig drikk. Videre fører direktoratet tilsyn med alkoholreklameforbudet i alkoholloven. Direktoratet er kontrollmyndighet for teknisk sprit etter alkoholtilvirkningsloven, og er sekretariat for Nemnda for teknisk sprit i henhold til spritloven.

2. Resultatrapport 1997*Fremme av rusfri livsstil og rusfrie miljøer*

Det ble i 1997 fordelt tilskudd på til sammen 46,8 mill. kroner til organisasjoner og virksomheter som arbeider for fremme av rusfri livsstil og rusfrie miljøer.

Det ble fordelt 24,2 mill. kroner i drifts- og prosjekttilskudd til 19 ulike rusmiddelpolitiske organisasjoner. Blant disse var Avholdsfolkets Landsråd, som er en paraplyorganisasjon for avholdsbevegelsen med 15 tilsluttede medlemsorganisasjoner. Avholdsfolkets Landsråd mottok i 1997 over kap. 610 Rusmiddeldirektoratet 2,8 mill. kroner i driftstilskudd, 2,9 mill. kroner i prosjekttilskudd og 3,5 mill. kroner som tilskudd til internasjonalt arbeid. I tillegg mottok organisasjonen 1,0 mill. kroner fra Utenriksdepartementet. Statstilskudd utgjorde dermed 10,2 mill. kroner - 87,5 pst. av de 11,6 mill. kronene som organisasjonen hadde i inntekter i 1997. Organisasjonen hadde 12,7 mill. kroner i utgifter. Overskudd på drift av egen leiegård medførte at det samlede underskuddet ble 0,6 mill. kroner i 1997.

I tillegg til tilskudd til de rusmiddelpolitiske organisasjonene, ble det gitt tilskudd til prosjekter i andre organisasjoner som arbeider innen rusmiddelfeltet, arbeidet i Alko-Kuttaksjonen og til virksomheten i Arbeidslivets komité mot alkoholisme og narkomani (AKAN). AKANs samlede inntekter utgjorde 8,1 mill. kroner i 1997, hvorav 2,3 mill. kroner var egne inntekter, 3,2 mill. kroner tilskudd over kap. 610 Rusmiddeldirektoratet, 1,7 mill. kroner tilskudd fra LO og NHO samt 0,9 mill. kroner tilskudd fra Arbeids- og administrasjonsdepartementet. Statstilskudd utgjorde dermed tilsammen 4,1 mill. kroner -

ca. halvparten av komitéens inntekter i 1997. Sum driftskostnader utgjorde 8,3 mill. kroner, slik at det ble et negativt driftsresultat på 0,2 mill. kroner. Finansinntekter utgjorde 0,1 mill. kroner, slik at underskuddet ble 0,1 mill. kroner i 1997.

Tilskudd på 2,2 mill. kroner er nytt til drift av Blå Kors sosialavdeling. Tilskuddet dekker i all hovedsak driftsutgiftene, som i 1997 var på 2,3 mill. kroner.

Direktoratet fortsatte sine samarbeidsavtaler med Norges Idrettsforbund og Kirkerådet i 1997.

Det ble i alt fordelt 10,1 mill. kroner til 104 forebyggingsprosjekter i 32 kommuner og en fylkeskommune.

Det ble videre innvilget tilskudd til 16 prosjekter til utvikling av alkoholfrie overnattings- og serveringssteder med et samlet beløp på 1,3 mill. kroner.

Veiledning, rådgivning og kompetanseutvikling

De regionale kompetansesentrene for rusmiddelproblematikk har vært i drift i syv regioner. Sentrene er knyttet til Nordlandsklinikken i Narvik, Vestmo behandlingssenter i Ålesund, Stiftelsen Bergensklippene i Bergen, Rogaland A-senter i Stavanger, Borgestadklinikken i Skien, Diakonhjemmets høgskolesenter i Oslo og Sanderud sykehus i Ottestad. Sentrene skal bidra til kompetanseheving blant førstelinjepersonell, metode- og materiellutvikling samt opprettholde og videreutvikle andrelinjens spesialiserte tilbud. Kompetansesentrene skal også bidra til fagutvikling innen ett eller flere spesialområder. Det er etablert et Norgesnett, hvor man koordinerer innsatsen og utveksler erfaringer fra kompetansestyrkings- og tiltaksarbeidet i den enkelte region.

En omfattende opplærings- og konferansevirksomhet for første- og annenlinjetjenesten er gjennomført i 1997. Sentrene har arbeidet videre med sine respektive spesialområder, og har deltatt i implementeringen av det nasjonale dokumentasjonssystemet.

Dokumentasjonsvirksomhet

Behovet for faglig dokumentasjon om ulike sider av rusmiddelspørsmålet er stort, og i 1997 økte antallet slike henvendelser med 2 500 til 5 500. Arbeidet med å lette tilgjengeligheten til dokumentasjon har fortsatt sammen med nødvendig kvalitetssikringsarbeid.

Den løpende kartleggingen av rusmiddelarbeidet og narkotikasituasjonen i kommunene, i tillegg til spørreundersøkelser om uregistrert alkoholforbruk og ungdoms bruk av rusmidler, er gjennomført i samarbeid med Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.

Arbeidet med det nasjonale dokumentasjonssystemet for tiltakene for rusmiddelmissbrukere er utviklet videre. Institusjonsdatabasen Nidar oppdateres nå årlig, og klientstrømsregisteret oppdateres i samarbeid med Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. De første rapportene fra systemet ble utgitt i 1997.

Informasjonsvirksomhet

Samlet ble det i 1997 formidlet 600 500 eksemplarer av ulikt informasjons- og opplysningsmaterieell samt spesialrapporter. Tidsskriftet "Stoffmisbruk" ble gitt ut med 6 nummer med et opplag på ca 3 500 eksemplarer. Informasjonstelefonen med 19 programmer om rusmidler har likeledes vært i drift. Det er gitt støtte til nytt informasjonsmaterieell til innvandrere.

For å styrke rusmiddelundervisningen og forebyggingsarbeidet i skolesektoren, er det i 1997 satt i gang nye utviklingsprosjekter både for grunnskolen, videregående skole og i lærerutdanningen. Samtidig er det gitt betydelige tilskudd til frivillige organisasjoners arbeid i skolen.

Det er gitt tilskudd til organisasjonenes aksjonsuke om rusmiddelforebygging, til "rusistprosjektet" i Landsforeningen "Ungdom og fritid" og til prosjektet "Stopp dopet, - ikke dansinga" i Oslo, Bergen og Trondheim. En regional oppfølging av "Aksjon mot ulovlig spritomisettning" ble gjennomført i Hedmark og i Trøndelagsfylkene.

Bevillings- og kontrollvirksomhet

Det ble tildelt 47 nye engros- og tilvirkningsbevillinger i 1997. Samlet var det ved utgangen av 1997 i alt 202 bevillingshavere etter alkoholoven kap. 3A. I tillegg var det ved samme tidspunkt registrert 180 mellommenn, og det er behandlet i alt 388 saker om innførsel av vareprøver. I 1997 ble det gjennomført 64 kontroller i tillegg til løpende dokumentkontroll. Videre ble det gitt i alt 6 155 tillatelser til innførsel av alkoholholdig drikk til privat bruk i henhold til alkoholoven § 2-1. Dette gjaldt i det alt overveiende gjevforsendelser.

Direktoratet behandlet tilsammen 80 saker vedrørende alkoholreklameforbudet i 1997, samtidig som det ble gitt utstrakt veiledning om regelverket på dette området.

Direktoratets virksomhet med kontroll av teknisk sprit resulterte i 768 kontroller fordelt med 90 pst. etter spritloven og 10 pst. etter alkoholtilvirkningsloven.

Det ble videre gitt 916 godkjenninger for produkter som inneholder sprit og til sammen 2.252 kjøpe- og importtillatelser for tekniske spritprodukter.

3. Tilstandsvurdering

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

4. Satsingsområder og resultatmål for 1999

Et prioritert område vil bli oppfølging av Regjeringens handlingsplan for redusert bruk av rusmidler. Rusmiddeldirektoratet vil få en sentral rolle i gjennomføringen av flere av tiltakene i planen.

Direktoratet vil i økt grad stimulere kommunene i deres arbeid med utvikling av rusmiddelpolitiske planer, forvaltning av alkohollovens bestemmelser og forebyggende tiltak. Samarbeidsordninger mellom hjem, skole, sosial- og helsesektoren og fritids- og kultursektoren skal vektlegges, gjennom samarbeid mellom kommunene og frivillige organisasjoner. Kommunene kan søke om stimuleringstilskudd til forebyggingstiltakene i planene sine. Direktoratet skal også bidra til organisering og gjennomføring av alkoholloven § 1-7c om dokumentert kunnskap om loven for styrer og stedfortreder av salgs- og skjenkebevillinger.

Et annet satsingsområde er grunnskolen, den videregående skolen og lærerutdanningen for å få til bedre undervisningsopplegg og metodeveiledning for rusmiddelundervisningen. Det vil bli lagt vekt på foreldremedvirkning der dette er aktuelt. Også de regionale kompetansesentrene vil få oppgaver i forhold til rusmiddelundervisningen i skolesektoren.

Direktoratet vil videreføre og videreutvikle støtten til rusfrie miljøtiltak og ungdomskulturelle "motkulturer". Arbeidet for å styrke rusfri livsstil og rusfrie miljøer skjer hovedsakelig i de frivillige organisasjonene med støtte fra det offentlige. Direktoratet vil øke støtten til de rusmiddelpolitiske organisasjonene, samt til rusmiddelrelaterte forebyggende prosjekter i regi av bl a frivillige barne- og ungdomsorganisasjoner, kultur- og fritidstiltak og ungdomsgrupper. Organisasjonene gir verdifulle innspill til samfunnsdebatten om rusmiddelbruk, driver aktivt informasjons- og holdningsarbeid og har en rekke aktivitetstilbud til barn og unge. Lokallagene til de rusmiddelpolitiske organisasjonene representerer ressurser i det lokale forebyggende arbeidet.

Tilskuddsforvaltningen i direktoratet vil bli utviklet i samsvar med økonomireglementet og søkt effektivisert. Det vil bli lagt særlig vekt på å stimulere til økt og forpliktende samarbeid mellom de frivillige organisasjonene og andre private aktører på forebyggingsområdet, slik at tilskuddene utnyttes mest mulig rasjonelt.

Direktoratet vil gjennom informasjon, opplysningsvirksomhet og andre tiltak arbeide for å opprettholde og styrke den brede oppslutningen om rusmiddelfrie arenaer og situasjoner. Samarbeidet med bl a Alko-Kutt-aksjonen, AKA og Norges Idrettsforbund vil bli videreutviklet. Rusmiddeldirektoratet skal i denne sammenheng videreføre samarbeidet med og støtten til kampanjevirkosomhet og prosjekter i regi av frivillige organisasjoner.

De regionale kompetansesentrene for rusmiddelproblematikk og Norgesnett for sentrene skal fortsatt ha som en hovedoppgave kompetanseheving for personell som arbeider med misbruksproblemer og forebygging av rusmiddelproblemer. Kompetansesentrene skal særlig vektlegge arbeidet med koordinert innsats regionalt og lokalt på rusmiddelfeltet. Sentrene vil også få en veiledende rolle overfor grunnskolene og de videregående skolene i rusmiddelundervisningen og andre holdningsskapende tiltak, og vil bli tilført ekstra ressurser til dette.

Dokumentasjonsvirksomheten skal videreutvikles for å få bedre målstyring av det forebyggende og behandlingssmessige arbeidet. I 1999 skal direktoratet sørge for nødvendig kvalitetssikring, økt rapportering og formidling av informasjon fra det nasjonale dokumentasjonssystemet for tiltak for rusmiddelmisbrukere. Direktoratets arbeid med kartlegging og dokumentasjon av rusmiddelforhold i kommunene skal videreføres. Det skal gis særlig prioritet til innhenting av omsetningsdata for alkoholholdig drikk fra salgs- og skjenkesteder. Direktoratet har som mål å ta i bruk ny informasjonsteknologi i opplysnings- og dokumentasjonsarbeidet.

Rusmiddeldirektoratet er tillagt ansvaret for tilsyn med at alkohollovens reklameforbud etterleves. Direktoratet skal drive utstrakt veiledning og ellers gjennom sin saksbehandling sikre mest mulig effektiv oppfølging av antatte lovbrudd.

Etter at monopolet på import og engrossalg av alkoholholdig drikk ble opphevet 1. januar 1996, har engrosmarkedet utviklet seg til en konkurranseutsatt bransje med mange aktører. Direktoratet skal ivareta myndighetsutøvelse etter engrosforskriften til alkoholloven på en effektiv og rasjonell måte. Tilsyn, veiledning og kontroll overfor bevillingshaverne skal ha særlig prioritet.

Kontrollvirksomheten med produksjon, import og omsetning av teknisk sprit vil bli videreført på 1998-nivå.

5. Merknader til budsjettforslaget

Post 01 Driftsutgifter

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 53,4 pr. 1. oktober 1996 og 48,5 pr. 1. mars 1998.

Rusmiddeldirektoratet har forvaltningsansvaret for de regionale kompetansesentrene for rusmiddelproblematikk. Driftstilskuddet til sentrene, 13,3 mill. kroner foreslås overført fra post 01 til post 60.

Post 60 Forebyggende og kompetansehevende tiltak

Kommunene kan søke om tilskudd til gjennomføring av forebyggende tiltak i rusmiddelpolitiske planer. Formålet med ordningen er å stimulere tiltaksutviklingen på området. Kontroll og oppfølging av tilskuddene skjer i henhold til økonomireglementet ved innrapportering fra kommunene.

Vertsfylkeskommunene for kompetansesentrene for rusmiddelproblematikk mottar driftstilskudd til sentrene. Sentrene rapporterer om virksomheten til direktoratet. Det foreslås overført 13,3 mill. kroner til post 60 fra post 01 til dette formålet.

Post 70 Tilskudd til avholdsorganisasjoner m.m.

Posten omfatter drifts- og prosjektilskudd til 19 rusmiddelpolitiske organisasjoner, driftstilskudd til Alko-kutt og AKAN. Tilskudd til AKAN som tidligere ble bevilget fra Arbeids- og administrasjonsdepartementets kap. 1592 post 71, er fra 1999 foreslått overført og inngår også i denne posten. Tilskudd til Avholdsfolkets Landsråd for informasjons- og holdningstiltak vedrørende EU og forhold som er knyttet til endrede drikkemønstre som følge av økt internasjonalisering vil bli videreført. Tilskudd til samarbeidsavtaler om informasjons- og holdningstiltak mellom direktoratet og bl.a. Norges Idrettsforbund og Kirkerådet vil bli videreført.

Tilskudd til bedriftsprosjekter som kan videreutvikle og styrke rusfrie miljøtilbud, spesielt for ungdom, i regi av organisasjonene i Norsk senter for rusfri miljøutvikling (NSRM), vil bli videreført. Også driftstilskuddene som i 1998 ble bevilget over post 72 til organisasjonene i NSRM videreføres i 1999 og foreslås overført til post 70. Formålet med driftstilskuddene er å fremme edruskap ved å gi organisasjonene i NSRM muligheter for aktiv rådgivning, personalopplæring og markedsføringstiltak for de alkoholfrie medlemsbedriftene.

Det foreslås videre at tilskudd til alkoholfrie overnattingssteder m.m. som første gang ble bevilget i 1998 over post 74, videreføres i 1999 og overføres til post 70. Formålet med tilskuddsordningen er å fremme etablering av rusfrie fritidsmiljøer ved å gi investeringstilskudd til nyetablering og modernisering av alkoholfrie overnattings- og serveringssteder og allaktivitetshus for ungdom. Ordningen erstatter den tidligere låneordningen fra Statens fond for alkoholfrie overnattings- og serveringssteder.

Tilskudd til Blå Kors sosialavdeling for koordinering av de institusjonene som organisasjonen driver, foreslås fra 1999 videreført, og overført til kap. 614 post 70.

Det foreslås at midler til forskning og statistikkutvikling ved Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning i forbindelse med bevillingsordningen for tilvirkning og engrossalg av alkoholholdig drikk som tidligere ble bevilget over post 71 videreføres i 1999 og overføres til post 70.

Rusmiddeldirektoratet vil følge opp rapporterings- og oppfølgingskriterier for tilskuddene i samarbeid med tilskuddsmottakerne.

Post 71 Tilskudd til forskning

Tilskudd til forskning foreslås overført til kap. 610 post 70 (se ovenfor).

Post 72 Tilskudd til Norsk senter for rusfri miljøutvikling

Driftstilskudd til Norsk senter for rusfri miljøutvikling foreslås overført til kap. 610 post 70 (se ovenfor).

Post 74 Tilskudd til alkoholfrie overnattingssteder m.m.

Tilskudd til alkoholfrie overnattingssteder mm foreslås overført til kap. 610 post 70 (se ovenfor).

KAP. 3610 RUSMIDDELDIREKTORATET

(Jfr. kap. 610)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
02	Salgs- og leieinntekter	100	510	1 150
03	Oppdragsinntekter	367		
04	Gebyrinntekter	30 806	16 300	12 300
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	744		
	Sum kap. 3610	32 017	16 810	13 450

Post 02 Salgs- og leieinntekter

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

Post 04 Gebyrinntekter

Gebyrinntektene er forutsatt å dekke utgiftene i forbindelse med bevillingssystemet for tilvirkning og engrossalg av alkoholholdig drikk og omfatter både søknads- og bevillingsgebyrer. Utgiftene påløper dels i Rusmiddeldirektoratet, dels i tollvesenet og i Sosial- og helsedepartementet. Det er knyttet usikkerhet til fastsettelsen av dette inntektskravet, bl a fordi inntektene av bevillingsgebyret vil være avhengig av omsatt mengde alkoholholdig drikk det enkelte år.

Inntektene omfatter også gebyrer i forbindelse med kontroll av teknisk sprit.

Reduksjonen i inntektene fra 1998 til 1999 har sammenheng med at gebyrsatsen er satt ned som følge av Stortingets forutsetning i Innst. O. nr. 74 for 1994-95 om at bevillingsordningen skal være selvfinansierende. Inntektene som er ført opp for 1999 korresponderer med de forventede utgiftene til administrasjon av ordningen i 1999.

Post 16 Refusjon fødselspenger/adopsjonspenger

Inntektene gjelder ordningen fra 1994 med direkte refusjon av fødselspenger til statsetater. Kap. 610 post 01 Driftsutgifter kan overskrides med tilsvarende beløp som refusjonen under post 16 utgjør.

KAP. 612 STATENS INSTITUTT FOR ALKOHOL- OG NARKOTIKAFORSKNING

(jfr. kap. 3612)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	9 984	8 215	8 100
	Sum kap. 0612	9 984	8 215	8 100

Overført fra 1997 til 1998:

Post 01: 183 000 kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) har som formål å utføre vitenskapelige undersøkelser av spørsmål i forbindelse med bruk og misbruk av rusmidler.

Det skal spesielt arbeides for å belyse de problemer bruken av rusmidler fører til, problemenes årsaker og hvordan disse skal kunne løses gjennom offentlig og privat innsats. Forskningen kan deles i fire hovedområder: rusmiddelmisbruk og rusmiddelkultur, studier av forebyggende tiltak, konsekvenser av rusmiddelbruk og forskning omkring ulike behandlings- og omsorgstiltak.

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

2. Resultatrapport 1997

Det var i 1997 i gang 26 prosjekter, hvorav 4 ble påbegynt det året. 4 prosjekter ble avsluttet i 1997, bl.a. evalueringen av Metadonprosjektet i Oslo. Det ble også publisert en rapport om virkningen av den nye bevilningsordningen for tilvirkning og engrossalg av alkoholholdig drikk som trådte i kraft 1. januar 1996. Samlet ble det publisert 32 vitenskapelige rapporter, tidsskriftartikler og bøker i 1997, hvorav 17 var internasjonale publiseringer. Målt i antall årsverk har det vært satset mest på forskning om behandlings- og omsorgstiltak, og satsingen vil bli videreført i 1999.

3. Tilstandsvurdering

SIFA har undersøkelser i gang for å følge utviklingen av det registrerte alkoholforbruket, utbredelser av nye alkoholprodukter rettet mot ungdom og nye syntetiske, narkotiske stoffer i enkelte ungdomsmiljøer.

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

Å følge utviklingen av integrasjonsprosessen i Europa og hva denne betyr for utviklingen av norsk rusmiddelpolitikk og rusmiddelforbruk, er en viktig forskningsmessig utfordring for instituttet.

4. Satsingsområder og resultatmål for 1999

I 1999 vil bl.a. følgende bli prioritert:

- Studier av virkningene av ny alkohollov.
- Studier av de alkoholpolitiske sidene ved avgiftene på alkohol.
- Studie av langtidseffekter av ulike behandlingsformer sett i forhold til behandlingskostnader.
- Ny og bedre tallfesting av misbrukerpopulasjonens størrelse og utvikling.
- Gjennomføring av en ny datainnsamling om alkohol- og narkotikavaner blant 9-klassinger, som ledd i en internasjonal sammenlignende undersøkelse.
- Bearbeiding av data om narkotikabruk fra de landsomfattende undersøkelsene av ungdoms- og voksenbefolkningen.
- Årlig informasjon om narkotikasituasjonen i et utvalg kommuner.
- Endring av forbruksmønsteret av rusmidler, bl.a. sett i lys av økt integrering i Europa.
- Studie av det illegale narkotikamarkedet i Oslo, spesielt heroinmarkedet.
- Framskaffe ny og oppdatert kunnskap om ulike helsemessige og sosiale konsekvenser av rusmiddelbruk.
- Virkningene av fengselsopphold på narkotikamisbruk og misbrukskarriere.
- Forskning på konsekvensene av EØS-medlemskapet og Sveriges og Finlands EU-medlemskap.
- Studie av faktorer som bidrar til overdoser av narkotika.
- Sammenlignende studie av familiens betydning for sosialisering av drikkevaner i to kulturer med omtrent samme gjennomsnittskonsum, men med svært ulike normer for alkoholbruk.

Det vil i 1999 bli gjennomført en ny landsomfattende intervjuundersøkelse av den voksne (15 år og eldre) befolkningens bruk, misbruk, holdninger, osv. når det gjelder rusmidler, først og fremst alkohol, men også narkotika. Undersøkelsen inngår i den lange serien med tilsvarende undersøkelser som startet i 1956, der den foreløpig siste ble gjennomført i 1994.

5. Merknader til budsjettforslaget

Post 01 Driftsutgifter

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 18,8 pr. 1. oktober 1996 og 18 pr. 1. mars 1998.

**KAP. 3612 STATENS INSTITUTT FOR ALKOHOL- OG
NARKOTIKAFORSKNING**

(jfr. kap. 612)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
02	Oppdragsinntekter	1 714	300	310
16	Refusjon fødselspenger	243		
	Sum kap. 3612	1 957	300	310

Post 02 Oppdragsinntekter

Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning kan øke utgiftene (kap. 612) mot tilsvarende merinntekter (kap. 3612), jfr. romertallsvedtak. Dersom inntekten blir mindre enn det som er ført opp, må instituttet gjennomføre en tilsvarende innsparing under kap. 612 post 01. SIFA hadde i 1997 en merinntekt på kr 1 664 055.

Post 16 Refusjon fødselspenger

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

**KAP. 613 STATENS FOND FOR ALKOHOLFRIE OVERNATTINGS- OG
SERVERINGSSTEDER**

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
70	Tilskudd til Samarbeidsutvalget for alkoholfrie overnattings- og serveringsbedrifter	3 845		
	Sum kap. 0613	3 845		

1. Formål og hovedprioriteringer

Fondet ble etablert i 1951. Formålet er å bidra til å fremme edruskapen, særlig blant ungdom, ved å gi lån til kommuner, organisasjoner og andre. Lån kan nyttes til kjøp, bygging, utvidelse og/eller modernisering av alkoholfrie overnattings- og serveringssteder.

2. Resultatrapport 1997

Fondet forvaltes av Rusmiddeldirektoratet med bistand fra Statens nærings- og distriktutviklingsfond (SND) i henhold til forskrift av 15. juni 1995. Rentesatsen for lån i fondet var i 1997 7,5 pst., og er fra 1. januar 1998 6 pst.

Fondets kapital var pr 31. desember 1997 på 64,7 mill. kroner. Kapitalen ble redusert med en ekstraordinær refusjon fra fondet på 25 mill. kroner i 1997, jf. St.prp. nr. 83 (1996-97) Bevilgninger til sykehussektoren i fylkeskommunene, slik at kapitalen i fondet nå er 39,7 mill. kroner. Fondets omløpsmidler er etter dette 24,7 mill. kroner. Det var ved utgangen av 1997 tilsammen 38 løpende lån i fondet.

I følge forskrift om Statens fond for alkoholfrie overnattings- og serveringssteder skal inntil 50 pst. av årlig avkastning nyttes til prosjekter som styrker rusfrie miljøtilbud spesielt for ungdom (jfr. kap. 610).

Fondet mottok i 1997 1 ny søknad om lån, som ble innvilget. Forvaltningen av fondet består nå hovedsakelig av oppfølging overfor eksisterende lånekunder med rente- og avdragssaker, prioritetsvikelser og avskrivningssaker.

Det er innført lånestopp i fondet fra 1. januar 1998.

3. Tilstandsvurdering

Interessen for fondet er betydelig redusert de senere år. I femårsperioden 1986-1990 mottok fondet tilsammen 119 søknader om lån, mens det for siste syvårsperiode bare er mottatt 23 søknader. Få av disse søknadene er innvilget, samtidig som mange lån er innfridd.

4. Satsingsområder og resultatmål for 1999

Fondets rolle som virkemiddel i det forebyggende arbeidet i rusmiddelsektoren er blitt vurdert. For å stimulere til etablering og vedlikehold av alkoholfrie virksomheter og rusfrie miljøtilbud, er det over kap. 610 etablert ordninger for driftstilskudd til organisasjonene i Norsk senter for rusfri miljøutvikling, prosjekttstilskudd for bedriftsutvikling og muligheter for investeringstilskudd til nyetablering og modernisering av alkoholfrie virksomheter, ved siden av stimuleringstilskudd til kommunenes forebyggingstiltak i henhold til rusmiddelpolitiske planer. På denne bakgrunn anser departementet at det ikke lenger er hensiktsmessig å opprettholde fondet som statlig kredittforetak på rusmiddelområdet.

I en avviklingsperiode vil Rusmiddeldirektoratet følge opp gjenværende lånekunder i samråd med SND.

KAP. 3613 STATENS FOND FOR ALKOHOLFRIE OVERNATTINGS- OG SERVERINGSSTEDER

(jfr. kap. 613)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
50	Refusjon fra fondet	1 800	16 840	6 000
	Sum kap. 3613	1 800	16 840	6 000

Post 50 Refusjon fra fondet

Ved en avvikling av Statens fond for alkoholfrie overnattings- og serveringssteder, foreslås det at fondets frie midler innbetales til statskassen i 1999.

I følge forskrift om Statens fond for alkoholfrie overnattings- og serveringssteder, skal inntil 50 pst. av årlig avkastning nyttes til prosjekter som styrker rusfrie miljøtilbud, spesielt for ungdom (jf kap. 610). Ved avvikling av fondet og innbetaling av resterende kapital til statskassen i 1999, vil det være lave renteinntekter fra gjenværende lån i fondet. Det foreslås at alle inntektene innbetales til statskassen og at sammenkoplingen mellom kap. 3613 og kap. 610 avvikles.

**KAP. 614 UTVIKLING AV SOSIALTJENESTEN, TILTAK FOR
RUSMIDDELMISBRUKERE M.V.**

Kap. 651 Forsøksvirksomhet, opplysningsvirksomhet m.v. innen sosialsektoren er innarbeidet i kap. 614.

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
21	Spesielle driftsutgifter	26 683	21 250	35 150
63	Utvikling av sosialtjenesten og rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	56 048	78 480	115 150
70	Tilskudd	26 500	30 660	34 600
	Sum kap. 0614	109 231	130 390	184 900

Overført fra 1997 til 1998:

Post 63: 1 495 000 kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

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

2. Resultatrapport 1997*Program for styrking av sosialtjenesten.*

Det treårige programmet for styrking av sosialtjenesten ble avsluttet i 1997. Arbeidet var organisert som prosjekter ved høgskoler, fylkesmannsembeter, i ca. 40 kommuner og enkelte frivillige organisasjoner. Åtte fylkesmannsembeter stod for samordningen av de kommunebaserte utviklingsprosjektene. Foreløpige vurderinger tyder på at det har foregått betydelig kompetanseheving ved de fleste sosialkontorene som deltok i prosjektarbeidet. Resultatene vil bli oppsummert i løpet av 1998, og spredd i form av en nasjonal konferanse for alle landets kommuner, samt skriftlige rapporter.

Samarbeidsforum mellom helse- og sosialtjenesten, trygde- og arbeidsmarkedsetaten

Fylkesmennene ble i 1997 tildelt til sammen 0,5 mill. kroner for å bidra til utvikling av tverretattlig samarbeid i kommunene og berede grunnen for opprettelse av faste samarbeidsfora mellom helse- og sosialtjenesten, trygde- og arbeidsmarkedsetaten. Midlene er i tråd med forutsetningene bl.a. anvendt til samarbeidskonferanser i kommunene. Rapportering fra fylkesmennene om status for det tverretattlige samarbeidet pr. 1. januar 1998, viste bl a at mange, særlig mindre, kommuner av ulike årsaker fortsatt ikke hadde opprettet samarbeidsfora. Kommuner som ikke har formalisert samarbeidet på denne måten, har i stor grad valgt andre samarbeidsmodeller.

Tiltak for rusmiddelmisbrukere med langvarig misbruk

De senere år er det blitt gitt ekstraordinære tilskudd til tiltak for de tyngst belastete rusmiddelmisbrukerne i flere større bykommuner. I 1997 mottok Oslo, Drammen, Tønsberg, Arendal, Kristiansand, Bergen, Trondheim, Bodø og Tromsø til sammen nærmere 35 mill. kroner til slike tiltak. Formålet med tilskuddet er å styrke kommunale tiltak som kan sikre den tyngst belastete misbrukergruppen akuttjeneste, behandlingstilbud og/eller ulike former for bo- og omsorgstiltak. Tiltakene har bl a som mål å bedre den enkeltes livssituasjon og redusere antall overdosedødsfall.

Metadonassistert rehabilitering

1997 var det siste året for det 3-årige forsøksprosjektet med metadonassistert rehabilitering (Metadonprosjektet i Oslo, - MIO). Oslo kommune, som ansvarlig for gjennomføringen, mottok 11,3 mill. kroner til prosjektet i 1997. Stortinget vedtok, ved behandlingen av St.meld. nr. 16 (1996-97) Narkotikapolitikken i mai 1997 å etablere metadonassistert rehabilitering som et permanent, landsomfattende tilbud. Fylkeskommunene vurderte, i samarbeid med fylkeslegene, behovet for denne type tiltak og hvordan tilbudet kan organiseres. Departementet gjennomførte, i samarbeid med

fylkeskommuner og fylkesleger, regionale konferanser for bl.a. å starte kompetanseoverføringen fra Metadonprosjektet i Oslo til landet forøvrig.

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, tildelt midler til rehabiliteringstiltak for innsatte i Oslo kretsfengsel og Bredtveit fengsel og sikringsanstalt. Tiltaket i Oslo kretsfengsel er evaluert med positive resultater, mens evalueringsrapport fra Bredtveit fengsel og sikringsanstalt vil foreligge i 1998. Det ble i 1997 utbetalt 2,3 mill. kroner til Oslo kommune som administrerer tiltakene.

Tiltak for gravide rusmiddelmisbrukere og misbrukere med barn.

Det treårige prosjektet "Tiltak for gravide rusmiddelmisbrukere og misbrukere med barn" ble avsluttet i 1997. Hovedmålet med prosjektet var å etablere tverrfaglige, polikliniske samarbeidstiltak for å hjelpe gravide misbrukere og misbrukere med barn, samt å hindre at fosteret blir skadet av mors misbruk. Informasjon til gravide, tidlig identifikasjon av misbruksproblemer, og oppfølging før fødsel og i småbarnsperioden har stått sentralt. Tre fylkesmannsembeter har koordinert utviklingstiltak i til sammen ni kommuner. Prosjektene synes å ha bidratt til økt oppmerksomhet på graviditet, småbarn og rus, og til at helse- og sosialpersonell lettere avdekker problemet. De fleste prosjekttiltakene rapporterer om gode erfaringer med bruk av tverretatlige samarbeidsmodeller, men at det tar tid å innarbeide disse som faste rutiner i kommunene. Erfaringene fra prosjektarbeidet vil bli systematisert og formidlet til kommunene i løpet av 1998.

Tiltak for prostituerte

Oslo kommunes senter for prostituerte (Pro-senteret) mottok i 1997 vel 3,3 mill. kroner til drift av virksomheten. Virksomheten er drevet i tråd med forutsetningene om at senteret dels skal være et nasjonalt kompetansesenter på området prostitusjon, dels et kommunalt hjelpetiltak for personer som prostituerer seg i Oslo. Kirkens Bymisjon fikk via Oslo kommune i 1997 tildelt 0,5 mill. kroner til drift av Natthjemmet for prostituerte. Midlene ble fullt ut anvendt til dette.

Stiftelsen Pinsevennenes Evangeliesenter og Stiftelsen KRAFT

Pinsevennenes Evangeliesenter mottok i 1997 21,5 mill. kroner og Stiftelsen Kraft 5,0 mill. kroner. Midlene er i tråd med forutsetningene anvendt til drift av tiltak for rusmiddelmisbrukere og forebygging av rusmiddelproblemer. Stiftelsen Pinsevennenes Evangeliesenter hadde i 1997 brutto driftsinntekter på 77,86 mill. kroner og driftskostnader på 75,12 mill. kroner. Finanskostnadene utgjorde 0,79 mill. kroner. Statstilskuddet over Sosial- og helsedepartementets budsjett utgjorde 27,6 pst. av inntektene. Andre offentlige tilskudd utgjorde 7,6 pst., offer og gaver 21,2 pst. Øvrige inntekter stammet i hovedsak fra kommunenes betaling for klientene. Stiftelsen KRAFT er en paraplyorganisasjon som fordelte størstedelen av statstilskuddet på 5,0 mill. kroner til sine medlemsorganisasjoner. En mindre del ble beholdt til felles kompetansestyrkingstiltak. 6 ulike virksomheter fikk i 1997 økonomisk støtte gjennom tilskuddet til KRAFT. Statstilskuddet dekker en variabel andel av virksomhetenes driftsutgifter, men utgjør for alle under halvparten. Andre viktige inntektskilder er betaling for klienter, for enkelte virksomheter også gaver og salgsinntekter.

Forskning og utvikling

Tilskudd til *Rusmiddelforskningsprogrammet* under Norges forskningsråd ble videreført i 1997 med 3,4 mill. kroner. Programmet varer ut år 2000. Ett av prosjektene, samfinansiert med SIFA, tar opp kostnader og nytte ved behandling av rusmiddelmisbrukere. Studien, som er den første i sitt slag i Norge, vil over en periode på 4 år fra 1997 følge et utvalg på 400 stoffmisbrukere i behandling og rehabilitering.

Tilskudd til Norges forskningsråds program *Velferd og samfunn* ble videreført i 1997 med 3,7 mill. kroner. På oppdrag fra departementet avga programmet i 1997 en oversikt over kunnskapsstatus for sosialhjelpsforskningen på 1990-tallet. En av konklusjonene er at kunnskapene ikke så lett nedfeller seg i praktisk arbeid i sosialtjenesten. Departementet vil ta dette opp med bl a Norges forskningsråd for å finne fram til mer virkningsfulle former for formidling av forskningsresultater.

Norsk forebyggingsforum

Sosial- og helsedepartementet oppnevnte i 1997 et bredt sammensatt, uavhengig forum for forebygging av rusmiddelmisbruk. Forumet skal bringe fram og formidle ideer til forebyggende tiltak, og på denne måten søke å påvirke myndighetenes arbeid mot misbruk av rusmidler. Det skal drive utadrettet og holdningsdannende virksomhet. Forumet mottok i 1997 0,5 mill. kroner til drift og tiltak.

Landsforeningen rettferd for taperne

Landsforeningen rettferd for taperne er en landsomfattende interesseorganisasjon. Foreningens formål er å bedre tapernes livssituasjon og legge forholdene til rette for å hindre at det blir flere tapere. Landsforeningen har siden 1994 mottatt tilskudd til drift. I 1997 fikk foreningen et tilskudd på kr 450 000. I følge tall fra foreningen, har den pr 30. juni 1997 registrert totalt 18 758 tapere i 324 av landets kommuner.

Nordisk og internasjonalt samarbeid

NOPUS (Nordisk utdanningsprogram for utvikling av sosial service) mottok i 1997 vel 0,9 mill. kroner som bidrag til hhv. drift av det nordiske fellessekretariatet (0,3 mill. kroner) og til sekretariat i Norge (0,6 mill. kroner). Det ble gjennomført 5 kompetansegivende kurs i 1997. Av 102 studenter ved denne videreutdanningen var 15 norske. I tillegg ble det holdt 6 seminarer, der 16 av 339 deltakere var norske. Andelen norske studenter i NOPUS har økt i 1998.

Utgiftene til deltakelse i Europarådets samarbeidsgruppe om narkotikas spørsmål (Pompidougruppen) dekkes av bevilgningen. Det norske formannskapet for gruppen ble avsluttet i 1997 etter den tredje alleuropeiske ministerkonferansen om narkotikaproblemer, som ble holdt i Tromsø. I samarbeid med Utenriksdepartementet gis det tilskudd til et globalt primærforebyggingsprogram i regi av FN's Narkotikakontrollprogram (UNDCP) og WHO.

3. Tilstandsvurdering

Hovedmålet for sosialtjenesten er å fremme økonomisk og sosial trygghet, motvirke sosiale problemer og sikre rettssikkerhet for brukerne. Det er fortsatt store ulikheter med hensyn til hvilken hjelp som gis av sosialtjenesten. Dette fører bl a til tilfeldig forskjellsbehandling ved fordeling av økonomisk stønad og ulik saksbehandlingstid i tilnærmet "like" saker. Det er nødvendig med tiltak som kan bedre slike forhold og ivareta rettssikkerheten for brukerne. Gjennom to programperioder er det gjennomført flere prosjekter, opplæringstiltak m v, som har ført til kompetanseheving i deltakerkommunene. Tiltakene antas å ha bedret tjenestetilbudet. Evaluering av det andre utviklingsprogrammet vil foreligge i 1998. Programmene har også avdekket behov for ytterligere kompetanse- og tiltaksutvikling i kommunene. Det er derfor viktig å spre erfaringene fra de to programperiodene, og samtidig satse på fortsatt kompetanseutvikling.

Langt de fleste av de tungt belastede rusmiddelmisbrukerne er blitt eldre og mer forkomne. I tillegg synes flere misbrukere mer oppgitte og selvdestruktive etter tilsynelatende mislykkete opphold i flere ulike institusjoner og behandlingstilbud, og overdosetallene er høye. Som redegjort for under resultatrapport 1997, er det satt i verk en rekke tiltak overfor rusmiddelmisbrukere, og tiltakene er evaluert som overveiende positive. På tross av mangfoldet disse tiltakene utgjør, er det behov for flere tiltak, bl a metadonassistert rehabilitering, for å kunne differensiere tilbudet ytterligere. Det er viktig med et bredt spekter av tiltak, så vel i regi av offentlige myndigheter som frivillige organisasjoner og andre. Videre er det nødvendig å evaluere både behandlingsinstitusjonene og andre tiltak for å sikre kvaliteten på tjenestene.

Kommunene har et helhetlig ansvar for rusmiddelmisbrukere, som også innebærer oppfølging av klienter etter institusjonsopphold. Dette fungerer ulikt fra kommune til kommune, og det bør satses mer på ettervernstiltak. Tiltakene, nevnt under resultatrapporten, har vært viktige bidrag i kommunenes arbeid med rusmiddelmisbrukere, og i større grad satt problematikken på dagsorden i kommunene. Det er likevel behov for ytterligere satsing både på tiltak og kompetanseheving for å imøtekomme behovet for og bedre det samlede behandlings- og rehabiliteringstilbudet.

4. Satsingsområder og resultatmål for 1999

Et hovedsatsingsområde er utvikling og utbygging av differensierte tiltak for rusmiddelmisbrukere. Det må utvikles tilrettelagte tilbud i misbrukerens hjemkommune, med langsiktige og helhetlige løsninger for den enkelte. Fylkeskommunens polikliniske

tilbud, og institusjonsbehandling må inngå i slike helhetlige løsninger. For enkelte misbrukere med lang misbrukskarriere, vil det være aktuelt å gi metadon som en del av en helhetlig rehabilitering. Oppbygging av et landsomfattende tilbud om metadonassistert behandling vil fortsette i 1999.

Det er nødvendig å gi sosialtjenestens brukere varierte og gode tilbud, og unngå tilfeldig forskjellsbehandling ved bl.a. tildeling av økonomisk stønad. Fortsatt satsing på forskning, tiltaks- og metodeutvikling er en forutsetning for å få til dette. I tillegg til en styrket satsing innenfor utviklingen av tiltak for rusmiddelmisbrukere, som nevnt over, vil tiltakene som ble gjennomført i 1997, og er nevnt under resultatrapporten her, bli videreført i 1999, med unntak av Program for styrking av sosialtjenesten, og prosjektet Tiltak for gravide rusmiddelmisbrukere og misbrukere med barn, som begge ble avsluttet i 1997. Erfaringer fra de avsluttede tiltakene vil bli spredd, bl.a. i form av skriftlig materiell i 1998 og 1999.

Nye tiltak

Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje (1998 - 2001).

Det er i 1998 iverksatt en handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje: "Kunnskap og brubygging". Planen har følgende satsingsområder:

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

Sentrale tiltak i handlingsplanen er støtte til utviklingsprosjekter i kommunene og kompetansehevende tiltak for ansatte i tjenestene. Det skal gjennomføres landsdekkende opplæringsprogram rettet både mot de generelle arbeidsoppgavene i sosialtjenesten og mot arbeidet med rusmiddelproblemer. Fylkesmennene og de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål vil ha sentrale roller i gjennomføringen av planen.

Det er behov for forskning knyttet til planens mål. Det er viktig at erfarne sosialarbeidere med stor praksiskunnskap blir trukket inn sammen med forskerne.

Brukerkontor

Det er ønskelig i større utstrekning å stimulere til samarbeid mellom offentlige etater og frivillige krefter for å bedre tjenestetilbudet til brukerne, og unngå at enkelte blir "kasteballer" i systemet. Departementet vil derfor gjøre et begrenset forsøk med brukerkontor med formål å ivareta den enkeltes forhold til det offentlige hjelpeapparatet. Det vil her bli prøvd ut en modell med en koordinator i arbeidet med personer som trenger tjenester og bistand fra flere etater. Et sentralt mål med forsøket er å framskaffe en god beskrivelse av hvor i tjenesteapparatet brukerne opplever mangel på helhetlige løsninger, og hvilke tiltak som gir gode resultater for den enkelte.

Det settes av 1 mill. kroner på post 63 til dette formålet. Handlingsplanen for funksjonshemmede vil også inneholde et prosjekt om styrket desentralisert brukerveiledning, jfr. kap. 674.

Rusmiddelpolitisk handlingsplan

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

Metadonassistert rehabilitering

Etterhvert som det også i Norge er vunnet mer erfaring med tiltaksformen, er det blitt tydelig at den viktigste utfordringen er å tilrettelegge forsvarlige opplegg og langsiktig oppfølging på kommunenivå. Dette må sosialtjenesten sørge for i samarbeid med andre aktuelle instanser, og en tiltaksplan må være klar før klienten tas inn. Mange kommuner må bruke tid på å kunne legge til rette nødvendige tiltak og inngå samarbeid med andre. Godt tilrettelagte opplegg for den enkelte klient er en avgjørende forutsetning for at tiltaket skal lykkes, og for å forebygge at metadon misbrukes, omsettes illegalt og/eller medfører overdosedødsfall. Departementet tar sikte på at alle klienter som fyller kriteriene, skal få

adgang til metadonassistert rehabilitering i takt med at det landsdekkende tilbudet bygges ut.

Spesialiserte sentre med regionalfunksjoner er under etablering i Oslo, Bergen og Trondheim. Dessuten tas det sikte på å etablere en regionalfunksjon i helseregion II som samarbeidsprosjekt mellom Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder i 1999. Senteret i Oslo er i drift, mens sentrene i Bergen og Trondheim vil ta inn klienter i løpet av høsten 1998. Samarbeidsprosjektet i helseregion II vil starte opp tidlig i 1999. Sentrene vil ha bl a helt nødvendige inntaks- og veiledningsfunksjoner. Det er departementets oppfatning at sentrene/regionalfunksjonene som er under etablering, vil kunne dekke hele landet på forsvarlig måte. Departementet vil følge utviklingen nøye, og om nødvendig ta initiativ til ytterligere styrking av innsatsområdet.

Klagesaksbehandling etter alkoholloven

Med virkning fra 1. januar 1998 ble det med hjemmel i alkoholloven innført begrenset klageadgang over de fleste kommunale vedtak i bevilningssaker. Fylkesmannen er klageinstans og kan prøve om vedtakene er gyldige. Årlig rapportering fra fylkesmennene vil gi en oversikt over hva lovendringen innebærer for de enkelte fylker og gi grunnlag for nærmere fastsetting av mål og resultatkrav, oppgaveomfang og ressursbehov. For 1998 er det bevilget 5 mill. kroner til behandling av klagesaker ved fylkesmannsembetene. Det vil være behov for minst et tilsvarende beløp i 1999.

5. Merknader til budsjettforslaget

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Midler til tiltak iflg Handlingsplan for sosialtjenesten og NOPUS belastes post 21. Tilskuddet til NOPUS på vel 1 mill. kroner og 11 mill. kroner av bevilgningen til handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje, utgjør den samlede bevilgningen til personell- og utdanningsformål på dette området. Internasjonalt alkohol- og narkotikasamarbeid, Norsk forebyggingsforum, klagesaksbehandling etter alkoholloven, tilskudd til Landsforeningen rettferd for taperne, midler til forskning, samt andel av utgifter til utredning av krigsbarnas situasjon belastes også denne posten.

Bevilgningen under kap. 651 post 21 Forsøksvirksomhet m.v. innen sosialsektoren er fra 1999 innarbeidet på denne posten.

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 kommunale utviklingsprosjekter iflg. Handlingsplan for sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmisbrukere med langvarig misbruk, ettervern og etablering av et permanent landsomfattende tilbud om metadonassistert behandling. Midler til forsøk med brukerkontor vil også bli belastet denne posten.

Post 70 Tilskudd

Organisasjonene KRAFT og Stiftelsen Pinsevennenes Evangeliesenter mottar statlige tilskudd for sitt arbeid med rusmiddelmisbrukere. Det gis videre et tilskudd til drift av Natthjemmet for prostituerte i Oslo. Fra og med 1999 vil det også bli gitt et tilskudd til Frelsesarmeens arbeid for rusmiddelmisbrukere. Tilskudd til Blå Kors sosialavdeling foreslås fra 1999 flyttet til denne posten, fra kap. 610 post 70. Oppfølging og kontroll av tildelte midler skjer ved årlig innrapportering fra organisasjonene hvor de redegjør for bruken av midlene og oppnådde resultater.

KAP. 616 STATENS KLINIKK FOR NARKOMANE (SKN)

(jfr. kap. 3616)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelsen	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	23 046	22 670	23 250
	Sum kap. 0616	23 046	22 670	23 250

Overført fra 1997 til 1998:

Post 01: 1 126 000 kroner

1. 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 og å gi klientenes barn mulighet for en normal utvikling.
 - Medvirkning til at nærmiljøene forebygger og håndterer tilbakefall.

2. Resultatrapport 1997

Plantall	Resultat 1995	Resultat 1996	Resultat 1997	Mål 1998	Mål 1999
Antall døgnplasser	31	35	35	35	35
<i>Resultatmål</i>					
Antall kurdøgn.....	12 250	13 262	12 173	11 139	11 140
Herav barn		5 941	5 961	5 000	5 000
Kapasitetsutnyttelse i pst.	100	100	95,2	100	100

Samlet har det vært innlagt i alt 24 familier (foreldre/barn), medregnet innleggelser i 1997 og overliggere i 1996.

3. Tilstandsvurdering

Søknader fra familier har økt med 42 pst. fra 1996 til 1997. Det søkes i større grad inn flerbarnsfamilier, og mange av klientenes barn er blitt eldre. Dette stiller nye krav både til boligforhold og behandlingsopplegg. Det er opprettet stilling for barnepsykolog og utformet en samarbeidsplan med den lokale skolen i tilfelle skolevansker. Spesielle fritidstiltak er også under utredning.

4. Satsingsområder og resultatmål for 1999

Statens klinikk for narkomane arbeider kontinuerlig med å styrke familietilbudet. Målet er å optimere foreldrenes funksjonsevne - både for egen del og som omsorgspersoner. Samtidig tilbys egne opplegg for barna, og det legges vekt på langsiktig planlegging og ettervern. Klinikken satser på å bidra til kompetanseutvikling i kommunene. Gjennom gjensidig forpliktende samarbeid i behandlingsperioden søkes det å få tilrettelagt stabile tiltak/oppfølging etter hjemkomsten. Det er under utarbeiding en rapport om samarbeid og ettervern basert på spørreundersøkelser og intervjuer med utskrevne klienter. Rapporten er ment som en praktisk veileder på grunnlag av klinikkens erfaringer de senere år.

5. Merknader til budsjettforslaget

Post 01 Driftsutgifter

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 48 pr. 1. oktober 1996 og 47 pr. 1. mars 1998.

KAP. 3616 STATENS KLINIKK FOR NARKOMANE
(jfr. kap. 616)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
02	Salgs- og leieinntekter	1 204	1 080	1 110
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	351		
16	Refusjon fødselspenger			
17	Refusjon lærlinger	186		
60	Refusjon fra fylkeskommuner	14 493	14 810	15 180
	Sum kap. 3616	16 234	15 890	16 290

Post 02 Salgs- og leieinntekter

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

Post 16 Refusjon fødselspenger

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

Post 60 Refusjon fra fylkeskommuner

Ut fra boligkapasiteten er det realistisk å beregne kurdøgn for 20 voksne og 15 barn. Ved 100 pst. utnyttelse vil dette gi en inntekt på ca 15,2 mill. kroner. Kurprisene for 1999 er prisjustert med 2,5 pst., og utgjør 1 945 kroner for voksne og 650 kroner for barn, jfr. St.prp. nr. 51 (1994-95).

KAP. 5527 VINMONOPOLAVGIFTEN M.M.

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
71	Statens overskuddsandel i A/S Vinmonopolet	27 125		
72	Gebyr på statlige skjenkebevillinger	579	300	500
73	Vinmonopolavgiften	25 980	21 700	27 200
	Sum kap. 5527	53 684	22 000	27 700

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 kr 500 000.

Post 73 Vinmonopolavgiften

Vinmonopolavgiften tilsvarer det beløpet A/S Vinmonopolet skulle ha betalt i kommuneskatt på bakgrunn av regnskapsåret 1997, og beregnes som 28 pst. av virksomhetens resultat. Avgiften skal innbetales til staten i januar 1999 og vil utgjøre 27,2 mill. kroner.

KAP. 5631 AKSJER I A/S VINMONOPOLET

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
80	Statens overskuddsandel		17 200	40 000
81	Utbytte		2	2
	Sum kap. 5631		17 202	40 002

1. Formål og hovedprioriteringer

A/S Vinmonopolet er regulert blant annet gjennom vinmonopolloven av 1931 og alkoholloven, senest revidert våren 1997. Etter delingen av selskapet pr 1. januar 1996, har A/S Vinmonopolet enerett til detaljsalg av sterkøl, vin og brennevin.

A/S Vinmonopolet er et viktig instrument i alkoholpolitikken, og må innrette sin drift i forhold til alkoholpolitiske mål. Selskapet skal bidra til å begrense det totale alkoholkonsumet i Norge. Selskapet skal i tillegg tilstrebe en rasjonell økonomisk drift av virksomheten. Vinmonopolet styres økonomisk gjennom aksjeutbytte, overskuddsandel til staten, låneopptaksbegrensning og alkoholavgiften.

2. Resultatrapport 1997

A/S Vinmonopolet hadde i 1997 en volumøkning i salget av drikkevarer med 8,5 pst. fra året før til 43,9 mill. liter. I likhet med foregående år var det en vridning i salget fra brennevin til svakvin. Dette bidro til at veksten i salget, målt i liter ren alkohol i 1997, var mindre enn A/S Vinmonopolets omsetningsvekst målt i vareliter. Salget av svakvin økte med 11,5 pst., mens salget av brennevin gikk ned med 3,9 pst. Salget av sterkvin gikk ned med 7 pst.

Ved utgangen av 1997 hadde A/S Vinmonopolet 1 265 ansatte i 803 årsverk fordelt på 114 butikker. I 1997 ekspederte butikkene omlag 19,1 mill. kunder, hvilket var 700 000 flere enn året før.

Brutto salgsinntekter i 1997 inkludert særavgifter ble 5,6 mrd. kroner, hvilket tilsvarer en nominell omsetningsøkning på 483,3 mill. kroner fra året før. Vareforbruket utgjorde 5,0 mrd. kroner (inkl. særavgifter). Netto salgsinntekter ble dermed 625,5 mill. kroner. Driftsresultatet ble 116,5 mill. kroner mot 90,7 mill. kroner året før. Netto finansinntekter beløp seg til 3,3 mill. kroner, slik at selskapets resultat før ekstraordinære poster ble 119,8 mill. kroner i 1997, mot 99,2 mill. kroner i 1996.

A/S Vinmonopolets resultatregnskap for 1997 viste følgende hovedtall (mill. kroner):

	Mill. kroner
Salgsinntekter	5 604,6
Andre inntekter	0,6
Driftsinntekter	5 605,2
Vareforbruk	4 979,1
Lønn og andre personalkostnader	301,9
Andre driftskostnader	186,3
Ordinære avskrivninger	21,4
Driftsresultat	116,5
Netto finansinntekt	3,3
Resultat før vinmonopolavgift og overskuddsandel	119,8
Anvendes slik:	
Vinmonopolavgift til staten	27,2
Overskuddsandel og utbytte til staten	27,8
Overskudd, tillagt egenkapitalen	64,8

3. Tilstandsvurdering

Det registrerte innenlandskonsumet (øl, vin og brennevin) målt i ren alkohol pr. voksen innbygger har gått ned med 10,5 pst. fra 1980 til 1997. Etter en periode med nedgang, har det registrerte alkoholforbruket siden 1993 igjen vært økende, med en økning på 6,2 pst. målt i ren alkohol pr. innbygger over 15 år fra 1996 til 1997. En positiv utvikling i folks kjøpekraft antas å være en av hovedårsakene til det økte alkoholkonsumet. A/S Vinmonopolet hadde i 1997 en omsetningsvekst på 8,5 pst. målt i volum, men i likhet med foregående år var det en vridning i salget fra sterkere til svakere alkoholholdige produkter. Dette bidro til at veksten i salget målt i liter ren alkohol i 1997 var mindre enn A/S Vinmonopolets omsetningsvekst målt i vareliter. Forbruksendringen er i tråd med gjeldende alkoholpolitiske målsetninger.

Det er i de senere årene introdusert nye alkoholprodukter på det norske markedet som spesielt retter seg mot ungdom. Etter introduksjonen av rusbrus eller såkalte "alkopops" i juni 1996, ble omsetningen av gjærede og spritbaserte alkopopsprodukter gjennom A/S Vinmonopolet nesten firedoblet i 1997, til 701 000 omsatte vareliter i løpet av året. Salgsutviklingen pr. juli 1998 viste en volumnedgang på 37 pst. i forhold til samme tidsrom i 1997. Kun 0,75 pst. av det registrerte alkoholkonsumet i 1997 refererte seg til "alkopops".

A/S Vinmonopolet har høy omsetning, men høye varekostnader og faste kostnader gir moderate fortjenestemuligheter. Avgifter utgjør en stor del av prisen på vin og brennevin, f.eks. er om lag 90 pst. av prisen på en flaske brennevin i Norge avgifter av ulike slag. Regnskapet for 1997 viste en omsetning på 5,6 mrd. kroner og et driftsresultat på 116,5 mill. kroner. Av driftsresultatet tilfalt 55 mill. kroner staten, mens de resterende 64,8 mill. kroner ble tilført egenkapitalen for å bedre selskapets soliditet. I forbindelse med utvidelsen av butikknettet med inntil 50 nye butikker, jfr. gjeldende landsplan for A/S Vinmonopolet for perioden 1994-98 og ny landsplan for perioden 1999-2002, har A/S Vinmonopolet omfattende kapitalbehov. Gjennom en moderat utbyttepolitikk overfor selskapet siden 1996, er egenkapitalen i selskapet betydelig styrket. Ved utgangen av 1997 utgjorde egenkapitalandelen 23,1 pst.

4. Satsingsområder og resultatmål for 1999

Regjeringen ønsker å styrke A/S Vinmonopolets rolle i det holdningsskapende og forebyggende arbeidet. Dette skal skje gjennom at A/S Vinmonopolet utvider sin informasjonsinnsats i forhold til grunnlaget for virksomheten og den rolle som virksomheten spiller som alkoholpolitisk instrument. Utarbeidelse og distribusjon av informasjonsmateriell er et viktig tiltak i denne sammenheng.

Det er videre en prioritert oppgave å styrke kontrollen med at aldersgrensene ved salg av alkohol fra A/S Vinmonopolets butikker blir håndhevet.

Departementet fastsatte i vedtak av 8. mai 1998 en ny landsplan for A/S Vinmonopolet, jf. Landsplan for A/S Vinmonopolet 1999-2002. Landsplanen gir A/S Vinmonopolet anledning til å etablere inntil 40 nye utsalg, i tillegg til de 10 utsalgene som er vedtatt for 1997/98. Med dette kan det totale antallet utsalg utgjøre 162 ved utgangen av planperioden.

Etablering av nye utsalg, samt utvidede åpningstider, medfører økte utgifter for A/S Vinmonopolet, både i form av investeringer og driftskostnader. Det er nødvendig å forbedre lønnsomheten i selskapet med sikte på å skape en mer stabil og solid driftsøkonomi, og for å gjøre selskapet i bedre stand til å møte fremtidige investeringer. Det legges vekt på at selskapet viderefører arbeidet med å kostnadseffektivisere virksomheten for å bedre lønnsomheten og soliditeten uten at dette kommer i konflikt med sentrale alkoholpolitiske målsettinger eller hensynene selskapet må ta som servicebedrift. En fortsatt styrking av egenkapitalen i selskapet er ønskelig. A/S Vinmonopolets styre har hatt som uttalt mål at egenkapitalandelen bør være omlag 35 pst.

5. Merknader til budsjettforslaget

Post 80 Statens overskuddsandel

Overskuddsandel er i praksis statens aksjeutbytte i A/S Vinmonopolet da det ordinære aksjeutbyttet ikke kan overstige 2 500 kroner som tilsvarer 5 pst. av aksjekapitalen på 50.000 kroner.

En arbeidsgruppe, bestående av representanter fra Sosial- og helsedepartementet, Finansdepartementet og A/S Vinmonopolet, har gjennomgått statens styringsmekanismer overfor A/S Vinmonopolet. Hovedmålsettingen til arbeidsgruppen var å vurdere statens langsiktige utbyttepolitikk overfor A/S Vinmonopolet, særlig sett i forhold til selskapets fremtidige kapitalbehov og ønskede kapitalstruktur. Arbeidsgruppen, som avla rapport april

1997, kom frem til at en utbyttmodell der utbyttet til staten regnes ut som en andel av overskuddet det enkelte år (før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgift) er det mest hensiktsmessige. Videre tilrådte den at statens andel burde settes til 30 pst. av overskuddet i de nærmeste årene, eventuelt til selskapet har oppnådd den nødvendige soliditet. En overskuddsandel på 30 pst. ble tillempet i statsbudsjettet for 1998.

Gjennom en positiv omsetnings- og resultatutvikling, samt en moderat utbyttepolitikk overfor selskapet siden 1996, er egenkapitalen i selskapet betydelig styrket. Ved utgangen av 1996 utgjorde egenkapitalandelen 18,9 pst. mens den pr. 31. desember 1997 hadde økt til 23,1 pst. Egenkapitalen forventes å bli ytterligere styrket i løpet av 1998.

Det foreslås at statens andel av overskuddet som tas som inntekt under denne posten i 1999 - ved eget vedtak - fastsettes til 35 pst. av resultatet i 1998, før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgift. Statens andel av overskuddet i A/S Vinmonopolet for regnskapsåret 1998 er på bakgrunn av anslått omsetnings- og resultatutvikling i 1998 og en andel av overskuddet på 35 pst. foreslått bevilget med 40,0 mill. kroner. Dersom resultatutviklingen for 1998 blir bedre enn anslått, blir inntektene under post 80 for 1999 høyere enn 40 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.

Post 81 Utbytte

Etter § 2 i vinmonopolloven var selskapets aksjekapital 20 mill. kroner. Med hjemmel i § 2 er dette beløpet gjennom årene nedskrevet ved kongelig resolusjon sist ved utskillelsen av Arcus AS og utgjør pr 1. januar 1996 kr 50 000. Utbyttet er i loven fastsatt til 5 pst. av aksjekapitalen og utgjør kr 2 500.

Programkategori 09.50 Sosialtjenesten

Samtlige tiltak under programkategori 09.50 Sosialtjenesten, kap. 0651 Forsøksvirksomhet, opplysningsvirksomhet m v i sosialsektoren er innarbeidet under programkategori 09.10 Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmisbruk m v, kap. 0614 Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmisbrukere m v. Det vises til Programkategori 09.50 for tekstlig omtale, herunder resultatrapport 1997.

Kategoritabell 09.50 Kapitler

					(i 1 000 kr)
Kap.	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
0651	Forsøksvirksomhet, opplysningsvirksomhet m.v. i sosialsektoren	55 109	15 850		-100,0
	Sum kategori 09.50	55 109	15 850		-100,0

Programkategori fordelt på postgrupper

					(i 1 000 kr)
Post- gruppe	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
01-23	Driftsutgifter	35 625	15 850		-100,0
60-69	Overføringer til kommuner	8 332			-0,0
70-89	Overføringer til private	11 152			-0,0
	Sum kategori 09.50				
	Sosialtjenesten	55 109	15 850		-100,0

**KAP. 651 FORSØKSVIRKSOMHET, OPPLYSNINGSVIRKSOMHET M.V.
INNEN SOSIALSEKTOREN**

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	11 444		
21	Spesielle driftsutgifter	24 181	15 850	
61	Styrking av sosialtjenesten m.v., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	8 332		
70	Tilskudd til spesielle formål	7 942		
72	Tilskudd til internasjonale sosiale formål	3 210		
	Sum kap. 0651	55 109	15 850	

Overført fra 1997 til 1998:

Post 21: 924 000

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

*Programkategori 09.60 Kontantytelser***Kategoritabell 09.60 Kapitler**

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
0660	Krigspensjon	1 029 527	1 000 000	1 010 000	1,0
0664	Pensjonstrygden for sjømenn	203 916	193 000	193 000	
0666	Avtalefestet pensjon (AFP)	232 954	253 000	378 000	49,4
	Sum kategori 09.60	1 466 397	1 446 000	1 581 000	9,3

Tidligere omfattet kategorien også bostøtte for pensjonister. Ordningen er overført til Kommunal- og regionaldepartementet.

Programkategori fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post- gruppe	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
70-89	Overføringer til private	1 466 397	1 446 000	1 581 000	9,3
	Sum kategori 09.60				
	Kontantytelser	1 466 397	1 446 000	1 581 000	9,3

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

KAP. 660 KRIGSPENSJON

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
70	Tilskudd, militære, <i>overslagsbevilgning</i>	297 343	293 000	290 000
71	Tilskudd, sivile, <i>overslagsbevilgning</i>	732 184	707 000	720 000
	Sum kap. 0660	1 029 527	1 000 000	1 010 000

Plantall:

Post		1997	1998 ¹⁾	1999
70	<i>KP-militær:</i>			
	Antall invalider pr. 31.12.	2 208	2 005	1 880
	Antall enker pr. pr. 31.12.	2 196	2 285	2 170
71	<i>KP-sivil:</i>			
	Antall invalider pr. 31.12.	4 563	4 085	3 910
	Antall enker pr. 31.12.	4 861	4 905	4 650

¹⁾ Plantallene for 1998 refererer og til St prp nr. 1 (1997-98)

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

1. Hovedtrekkene i regelverket

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

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

Sivilloven omfatter personer som under krigen var norske statsborgere og som ikke kommer inn under militærloven. Sivilloven gjelder personer som ble påført skade ved krigsulykker i Norge, på norske skip eller i fiendtlig politisk fangenskap. Loven omfatter også etterlatte. Både for egenpensjon og etterlattepensjon settes krav til nasjonal holdning under krigen.

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

2. Resultatrapport 1997

Militære

Fordeling av invalider etter pensjonsgrunnlag, invaliditetsgrad og pensjonssatser, pr. 31. desember 1997, militære:

Opprinnelig pensjonsgrunnlag *)	I alt	Gjennomsnittlig invaliditetsgrad	Årspensjon etter 100 prosent pensjonsgrad Satser pr. 01.05.98
Kr	Antall	pst.	kr
10 000.....	537	87,5	201 120
9 000.....	1 669	81,2	191 808
I alt	2 206 ¹⁾	82,7	

*) Antatt årsinntekt i 1946

¹⁾ I tillegg kommer 2 personer med uoppgitt pensjonsgrunnlag.

Fordeling av enker etter pensjonsgrunnlag, invaliditetsgrad og pensjonssatser pr. 31. desember 1997, militære:

Opprinnelig pensjonsgrunnlag	I alt	Gjennomsnittlig invaliditetsgrad	Årspensjon etter 100 prosent pensjonsgrad Satser pr. 01.05.98
Kr	Antall	pst.	kr
10 000.....	597	88,5	134 088
9 000.....	1 592	84,0	127 872
I alt	2 189 ¹⁾	85,1	

¹⁾ I tillegg kommer 7 personer med uoppgitt pensjonsgrunnlag.

Pr. 31. desember 1997 var det 2 208 militære invalider og 2 196 militære enker. Antall invalidepensjonister har gått ned med 6,4 pst. fra 31. desember 1996. Antall enker viste en økning på 1,0 pst. fra 1996 til 1997.

Gjennomsnittsalderen pr. 31. desember 1997 var 78 år for invalidene og 76 år for enkene.

I 1997 var avgangen på nærmere 200 invalider og ca 100 enker, mens det var en tilgang på ca. 40 invalider og i overkant av 100 enker.

Utgiftene til militære krigspensjonister i 1997 fordelte seg slik: invalidepensjon 186 mill. kroner og enkepensjon 106 mill. kroner. I fast grunnbeløp er dette en nedgang på hhv. 8 pst. og 1 pst fra 1996.

Sivile

Fordeling av invalider etter pensjonsgrunnlag, invaliditetsgrad og pensjonssatser pr. 31. desember 1997, sivile:

Opprinnelig pensjonsgrunnlag	I alt	Gjennom- snittlig invalidi- tetsgrad	Årspensjon etter 100 prosent pensjons- grad Satser pr. 01.05.98
Kr	Antall	pst.	kr
10 000	740	85,1	201 120
9 000	3 311	84,5	191 808
Lønnstrinn 12 ¹⁾	459	51,6	112 008
I alt	4 510 ²⁾	81,8	

1) Etter lønnsregulativet før 1. september 1991.

2) I tillegg kommer 53 personer med uoppgitt pensjonsgrunnlag.

Fordeling av enker etter pensjonsgrunnlag, invaliditetsgrad og pensjonssatser pr. 31. desember 1997, sivile:

Opprinnelig pensjonsgrunnlag	I alt	Gjennom- snittlig invalidi- tetsgrad	Årspensjon etter 100 prosent pensjons- grad Satser pr. 01.05.98
Kr	Antall	pst.	kr
10 000	1 287	85,9	134 088
9 000	3 429	88,1	127 872
Lønnstrinn 12	138	76,3	74 676
I alt	4 854 ¹⁾	87,1	

1) I tillegg kommer 7 personer som en mangler pensjonsgrunnlag for.

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

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

3. Budsjettforslag 1999*Militære og sivile*

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

Våren 1985 behandlet Stortinget forslag til endringer i krigspensjoneringslovene. I den forbindelse sa sosialkomiteen bl.a. i Innst.O. nr. 69 (1984-85): "*Komiteen forutsetter at det må skje en gradvis avvikling av de ulike pensjonstrinn for innsats- og overgrepfolk. Målet må være å stå tilbake med ett pensjonsgrunnlag - det høyeste.*"

Merknader fra Sosialkomiteen om en gradvis avvikling ble fulgt opp i 1992 og 1995. Etter endringen i 1995 står det igjen to grunnlag, dvs. kr 9 000 og kr 10 000 (sannsynlig årsinntekt i 1946), som pr. 1. mai 1998 gir en krigspensjon på hhv. kr 191 808 og kr 201.120.

I Innst.S. nr. 143 (1997-98) peker sosialkomiteen på at målet om et felles grunnlag fortsatt ikke er nådd.

Regjeringen ønsker en omlegging slik at innsats- og overgrepspersoner tilstås ett pensjonsgrunnlag - det høyeste. Det foreslås at omleggingen gjennomføres fra 1. september 1999. Merutgiftene som anslås til 50 mill. kroner på årsbasis, vil utgjøre vel 16 mill. kroner i 1999.

Samtidig med disse pensjonsøkningene foreslår departementet at særordningene med stønad til hjelp i huset for krigspensjonister med ufør ektefelle og hjelpeløshetsbidrag for krigspensjonister avvikes for nye tilfeller fra 1. september 1999. De som har behov for slike ytelser på grunn av krigsskader, bør ha fått disse ytelsene nå. Avviklingen for nye tilfeller vil skape større likhet og være en administrativ forenkling. Mindreutgiftene ved full virkning anslås til 7 mill. kroner på årsbasis. Avviklingen vil ikke ha økonomiske konsekvenser av betydning i 1999.

Alta bataljon

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

Utvalget, som ble ledet av tidligere fylkeslege i Finnmark, Kolbjørn Øygard, avga sin innstilling den 3. juni 1998, se NOU 1998:12 Alta Bataljon.

Utvalget har ikke gjort nye funn av betydning når det gjelder holdepunkter for å konkludere med at Alta bataljon under kampene i 1940 var utsatt for slike belastninger som kan gi grunnlag for psykiske senskader for de fleste. Utvalget har likevel avdekket at mange veteraner var utsatt for tilleggsbelastninger under okkupasjonen, først og fremst i tilknytning til nedbrenningen av Finnmark og Nord-Troms. Utvalget mener derfor at slike belastninger bør tillegges vekt i tillegg til den generelle påkjenningen under krigen, og at kravet om årsakssammenheng mellom helseskade og krigstraumer derfor bør anses som oppfylt for denne gruppen veteraner.

Utvalgets forslag, som innebærer en viss liberalisering av praksis, vil bli fulgt opp. Rikstrygdeverket antar at dette vil medføre godkjenning av om lag 25 nye tilfeller og anslår merutgiftene til 500 000 - 625 000 kroner pr. år. Anslagene er usikre, og departementet foreslår at budsjettet økes med 1 mill. kroner i 1999.

Post 70 Tilskudd, militære*Budsjetterte utgifter for 1999*

	(i 1 000 kr)
Invalidpensjoner, inklusive etterbetalinger.....	175 000
Enkepensjoner m.v., inklusive etterbetalinger.....	110 000
Skadetur, militærpersoner.....	5 000
Sum	290 000

Utgiftene til krigspensjon er generelt beregnet etter satser pr. 1. mai 1998, 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. På grunnlag av regnskapstall m.v. er utgiftene til skadekur anslått til ca 5 mill. kroner i 1999.

Det foreslås 290 mill. kroner for 1999.

Post 71 Tilskudd, sivile

Antall invalidepensjonister viser en jevnt synkende tendens og en venter at denne tendensen vil fortsette.

Budsjetterte utgifter for 1999

	(i 1 000 kr)
Invalidepensjoner, inklusive etterbetalinger.....	398 000
Enkepensjoner m.v., inklusive etterbetalinger	309 000
Skadekur, sivilpersoner	13 000
Sum	720 000

Antall pensjonister er anslått på grunnlag av utviklingen i antall innkomne søknader, dødelighet m.v..

Utgiftene er beregnet etter satser pr. 1. mai 1998. 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 m.v. er utgiftene til skadekur anslått til ca 13 mill. kroner i 1999. Det er beregnet en middelbestand på 4 050 invalider og 4 700 enker. Gjennomsnittlig pensjon er 96 800 kroner for invalidene og 64 700 for enkene.

Det budsjetteres med 720 mill. kroner for 1999.

KAP. 664 PENSJONSTRYGDEN FOR SJØMENN

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
70	Tilskudd	203 916	193 000	193 000
	Sum kap. 0664	203 916	193 000	193 000

Antall pensjonister omfattet av ordningen og årlig pensjon fordelt på de enkelte pensjonsarter er anslått slik for 1999:

Plantall

Pensjonens art	Antall	Årlig pensjon (1 000 kr)	Gjennom snittlig pensjon pr. år (kr)
Alderspensjon før 67 år.....	7 200	510 000	70 833
Alderspensjon etter 67 år	12 900	152 000	11 783
Enkepensjon/overgangsstønad	11 400	107 000	9 386
Barnepensjon.....	5	15	3 000
Uførestønad.....	10	55	5 500
Samlet	31 515	769 070	24 403

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

I 1997 var avgangen av antall pensjonister 3 632 mens tilgangen var 3 002 dvs. en netto avgang på 630 pensjonister.

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

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

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

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

Fra 1. mai 1998 utgjør maksimal alderspensjon før fylte 67 år følgende:

• 360 fartsmåneder opptjent som underordnet før 1. mai 1993	106 164 kroner pr. år
• 360 fartsmåneder opptjent som underordnet etter 30. april 1994.....	124 140 kroner pr. år
• 360 fartsmåneder opptjent som overordnet.....	148 632 kroner pr. år

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

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

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

Departementet har satt ned et offentlig utvalg med representanter fra arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjoner som skal følge opp stortingsflertallets ønske om utredning av alternativer til sjømannspensjonsordningen. De enkelte alternativer må være i samsvar med de forpliktelser som følger av internasjonale avtaler, spesielt ILO konvensjon nr. 71 for 1946, som tilsier at partene skal ha en pensjonsordning som gir sjøfolk over 60 år adgang til en førtidspensjon. Statens garanti for allerede opptjente rettigheter etter sjømannspensjonstrygdloven skal ivaretas innen rammen av dagens regelverk og samordningsbestemmelser. Forøvrig skal det legges til grunn at videre opptjening fremover skal være selvfinansierende og ikke gi fordeler utover hva som gis i AFP-ordninger med statstilskott. Statens garantiansvar skal ikke utvides. Utvalget skulle avggi sin innstilling innen 1. oktober 1998, men denne fristen er nå utsatt til 31. desember 1998.

Stortingsvedtaket om automatisk regulering av sjømannspensjon og krigsfartstillegg ble fulgt opp lovteknisk i Ot. prp. nr. 31 (1996-97) som ble vedtatt ved lov 13. juni 1997 nr. 58, jfr. Innst.O. nr. 78 (1996-97). I den forbindelse fattet stortingsflertallet den 5. juni 1997 følgende vedtak:

"Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om bevilgninger på 100-200 mill. kroner pr. år, for å bringe balanse i pensjonstrygden for sjømenn i løpet av en 10-års periode."

Regjeringen viser til at pensjonsytelsene er garantert av staten, og at man regner med at garantien tilsier betydelige utbetalinger fra statskassen om et par år. I 1997 hadde Pensjonstrygden et underskudd på 104 mill. kroner. Pensjonstrygden antar at underskuddet blir 122 mill. kroner i 1998. Etter pensjonstrygdlovens § 32 nr. 2 dekkes underskuddene av reguleringsfondet som pr. 31 desember 1997 var på 741,2 mill. kroner. Med någjeldende regelverk vil det bli balanse i ordningen om 15-20 år.

Departementet har som nevnt nedsatt et offentlig utvalg for å vurdere alternativer til pensjonsordningen for sjømenn. Departementet finner det hensiktsmessig å legge fram saken for Stortinget for en samlet gjennomgang etter at utvalget har avgitt sin innstilling. De årlige underskudd dekkes foreløpig av reguleringsfondet, slik loven tilsier.

Det budsjetteres med 193 mill. kroner for 1999.

KAP. 666 AVTALEFESTET PENSJON (AFP) I PRIVAT SEKTOR

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
70	Tilskudd	232 954	253 000	378 000
	Sum kap. 0666	232 954	253 000	378 000

1. Hovedtrekkene i ordningen*Bakgrunn*

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

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

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

Pensjonsalderen i ordningen er jevnlig redusert. Pensjonsalderen var 66 år i 1989 og 65 år i 1990, og ble ytterligere redusert til 64 år fra oktober 1993. Ved inntektsoppgjøret i 1997 ble det avtalt at pensjonsalderen skal være 63 år fra 1. oktober 1997 og 62 år fra 1. mars 1998. Bankansatte har avtalt en pensjonsalder fra 62 år fra 1. januar 1998.

Statens medvirkning til AFP

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

Pensjonsnivået i AFP etter tilskottsloven bygger på folketrygdens uførepensjonssystem. Det godskrives beregnet poengopptjening til alderspensjonen i folketrygden også fra fylte 67 år, slik som for uførepensjonister.

Formål

Formålet med AFP er å gi større fleksibilitet og valgmulighet til å gå av med pensjon for eldre yrkesaktive. Eldre yrkesaktive som selv har behov for og ønsker det, har etter eget valg rett til å gå av med pensjon før fylte 67 år eller kan på visse vilkår kombinere redusert yrkesaktivitet med delpensjon.

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

Utforming og vilkår

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

AFP kan ikke gis i kombinasjon med uførepensjon, etterlattepensjon eller attføringspenger fra folketrygden. Den som har inntektsgradert Avtalefestet pensjon og deltidsarbeid vil imidlertid ha rett til sykepenger og arbeidsledighetstrygd på grunnlag av arbeidsinntekten på sykmeldingstidspunktet eller ved ledighet.

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

AFP-mottakere i NHO-LO og YS-området får utbetalt kr 950,- pr. måned skattefritt fra sluttvederlagsordningen (AFP-tillegg). Denne utbetalingen finansieres i sin helhet av partene.

Avtalene med Bankenes Arbeidsgiverforening og NAVO, gir pensjonistene skattepliktig AFP-tillegg på 1 700 kroner pr. måned, slik ordningen også er i offentlig sektor.

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

Avtalen i LO/NHO-området har tidligere forutsatt at arbeidstakeren må slutte helt i arbeid for å få pensjon. Ved lønnsoppgjøret våren 1997 ble det med virkning fra 1. oktober 1997 avtalt at "bedriften kan med arbeidstakere i full stilling inngå skriftlig avtale om delpensjon, slik at arbeidstakeren kan trappe ned sin yrkesaktivitet med en eller to hele arbeidsdager, dvs. 20 pst. eller 40 pst. reduksjon i forhold til full stilling". Som pekt på i Ot.prp. nr. 79 (1996-97), kan dette gi resultat som gir høyere disponibel inntekt ved delvis pensjonering enn ved å fortsette i full stilling, og det er derfor nødvendig å vurdere reglene nærmere. Partene ønsker å utsette endringene til et offentlig utvalg som ser på førtidspensjoneringsspørsmål er ferdig i november 1998. Regjeringen vil følge opp med fremlegg overfor Stortinget.

2. Rapport om utviklingen

Utgiftsutviklingen

Fra 1996 til 1997 økte utgiftene til avtalefestet pensjon (AFP) med i overkant av 47 mill. kroner til 233 mill. kroner. Dette tilsvarer en økning på 25,5 pst. i løpende kroner, og en økning på 22,3 pst. i faste 1997-kroner.

Antall pensjonister

Antall pensjonister med AFP i privat sektor pr. 31. 12 og endring fra året før. Menn og kvinner, 1993-97

År	Antall			Prosentvis endring fra året før		
	I alt	Menn	Kvinner	I alt	Menn	Kvinner
1993.....	2 162	1 706	456	44,9	42,0	56,7
1994.....	3 100	2 354	746	43,4	38,0	63,6
1995.....	3 884	20891	993	25,3	22,8	33,1
1996.....	4 651	3 408	1 243	19,7	17,9	25,2
1997.....	6 500	4 848	1 652	39,8	42,3	32,9

Fra 1993 til 1997 økte antall AFP-pensjonister i privat sektor med vel 4 300 personer. Pr. 31. desember 1997 var det registrert 6 500 AFP-pensjonister i privat sektor, fordelt på 6 205 i LO/NHO-ordningene, 261 fra bank og finansieringen og 15 fra NAVO. I tillegg er det 19 andre personer. Økningen i antall pensjonister skyldes bl.a. at pensjonsalderen ble satt ned til 64 år fra 1. oktober 1993, og til 63 år fra 1. oktober 1997.

Det er svært få som kombinerer arbeid og AFP. Den gjennomsnittlige pensjonsgraden var 96,7 pst. pr. 31. desember 1997.

Kvinneandelen blant AFP-pensjonistene har økt fra 21,1 pst. i 1993 til 26,7 pst i 1996. Ved utløpet av 1997 var andelen gått ned til 25,4 pst.

Antall nye AFP-pensjonister i privat sektor i løpet av året og prosentvis endring fra året før. Menn og kvinner 1995-97.

År	Antall nye pensjonister			Prosentvis endring fra året før		
	I alt	Menn	Kvinner	I alt	Menn	Kvinner
1995.....	2 009	1 446	563	-	-	-
1996.....	2 309	1 687	622	14,9	16,7	10,5
1997	3 689	2 798	891	59,8	65,9	43,2

Antall nye AFP-pensjonister i løpet året var 84 pst. høyere i 1997 enn i 1995, og 60 pst. høyere i 1997 enn året før. De 3 689 nye pensjonistene fordelte seg med 3 542 fra LO/NHO-ordningene, 116 fra bank- og finansnæringen og 19 fra NAVO. I tillegg er det 12 andre personer.

Kvinneandelen blant de nye AFP-pensjonistene har gått ned fra 28,0 pst. i 1995 til 24,21 pst. i 1997.

AFP-pensjonistene etter alder

Antall pensjonister med AFP i privat sektor, og gjennomsnittlig årlig pensjon (uten AFP-tillegg og ektefelle tillegg) fordelt etter alder. Menn og kvinner, pr. 31. desember 1997.

Alder	Antall			Gjennomsnittlig pensjon		
	I alt	Menn	Kvinner	I alt	Menn	Kvinner
63.....	760	577	183	111 800	123 000	76 500
64.....	1 584	1 179	405	113 700	125 100	80 700
65.....	2 079	1 550	529	114 800	125 800	82 500
66.....	1 937	1 440	497	113 000	124 400	80 100
67 *).....	140	102	38	111 100	122 800	79 800
I alt	6 500	4 848	1 652	113 600	124 800	80 600
herav 64-67 år	5 740	4 271	1 469	113 800	125 000	81 100

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

Antall AFP-pensjonister i privat sektor i alderen 64-67 år har steget med 23,4 pst. fra 1996 til 1997 (5 740 personer pr. 31. desember 1997). Gjennomsnittspensjonen for denne aldersgruppen var på 113 800 kroner ved inngangen til 1998.

Blant de nye AFP-pensjonistene var antallet 63-åringene 838 og 2 851 pensjonister var i alderen 64-67 år (23,5 pst. økning fra 1996). Gjennomsnittspensjonen for 1997 var på 115.200 kroner for 64-67 åringene og 114 400 for alle private sett under ett.

3. Budsjettforslag 1999

For 1999 er det lagt til grunn et gjennomsnittlig pensjonsnivå på 119 000 kroner. Middelbestanden er beregnet til 7 950 personer. Det budsjetteres med 378 mill. kroner til avtalefestet pensjon i privat sektor i 1999.

KAP. 3661 SYKEPENGES

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
55	Refusjon fra folketrygden	655 780	670 000	692 200
	Sum kap. 3661	655 780	670 000	692 200

Generelt

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

Budsjettforslag 1999

For 1999 regnes det med en refusjon av sykepenges på 567,2 mill. kroner. I tillegg kommer refusjon av arbeidsgiveravgift til folketrygden, som etter en sats på 14,1 pst. utgjør 80 mill. kroner. Refusjon av feriepenges av sykepenges, inkl. arbeidsgiveravgift, er anslått til ca. 45 mill. kroner. Det samlede beløp under post 55 for 1999 anslås til om lag 692,2 mill. kroner. Beløpet inkluderer virkningen av forslaget om å utvide arbeidsgiverperioden til 3 uker.

*Programkategori 09.70 Eldre og funksjonshemmede***Kategori 09.70 Kapitler**

					(i 1 000 kr)
Kap.	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
0670	Tiltak for eldre	538 454	1 342 020	2 132 300	58,8
0672	Rådet for funksjonshemmede	4 999			-0,0
0673	Tiltak for funksjonshemmede	1 831 698	1 348 540	1 423 500	5,5
0674	Handlingsplan for funksjonshemmede	88 872	102 780	87 700	-14,6
0675	Tiltak for eldre og funksjonshemmede		78 400	46 400	-40,8
0676	Kompetansesentra for funksjonshemmede			88 100	-0,0
	Sum kategori 09.70	2 464 023	2 871 740	3 778 000	31,5

1. Reduksjonen i bevilgningen på kap 674 skyldes at midler knyttet til tiltak under de tidligere handlingsplanene for funksjonshemmede er foreslått overført til andre bevilgninger, se kap. 673, post 72 og nytt kap. 676, post 01 og 70.
2. Reduksjonen i bevilgningen på kap. 675 skyldes at post 71 tilskudd til frivillighetssentralene er foreslått overflyttet til kap. 604.

Kategori 09.70 Postgrupper

					(i 1 000 kr)
Post- gruppe	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
01-23	Driftsutgifter	86 692	105 945	145 500	37,3
60-69	Overføringer til kommuner	2 286 188	2 609 250	3 437 400	31,7
70-89	Overføringer til private	91 143	156 545	195 100	24,6
	Sum kategori 09.70 Eldre og funksjonshemmede	2 464 023	2 871 740	3 778 000	31,6

1. Formål og hovedprioriteringer

Programområdet omfatter både den generelle politikken i forhold eldre og funksjonshemmede, og tiltak som gjelder pleie- og omsorgstjenesten, herunder eldreomsorgen. Det overordnede mål for eldrepolitikken er å sikre eldre uavhengighet, deltakelse, omsorg, selvutfoldelse, trygghet og verdighet. Politikken for funksjonshemmede tar sikte på 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 funksjonshemming. Målene forutsetter en helhetlig politikk med tiltak som gjelder flere departementers saksområder.

Regjeringens hovedprioriteringer for å bidra til bedre tjenester for eldre og funksjonshemmede er:

- Å øke pleie- og omsorgstjenestenes kapasitet, både for heldøgns pleie- og omsorg i egnet bolig og kapasiteten i hjemmetjenestene.
- Å bedre kvaliteten i pleie- og omsorgstjenesten, både gjennom bygningsmessige forbedringer, og gjennom å rekruttere kvalifisert personell og øke kompetansen hos de som allerede arbeider i tjenestene.

- 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. Det kan skje ved at ufaglært personell gis anledning og stimuleres til å ta voksenopplæring som omsorgsarbeider eller hjelpepleier, eller ved gjennomføring av kortere innføringskurs for ufaglærte.
- Bidra til at alle landets kommuner oppretter døgntjeneste og at tjenesten gjøres tilgjengelig for alle hjemmeboende med behov for slik tjeneste.
- 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.
- Bidra til at kommunene utvikler alternative tjenestetilbud for unge funksjonshemmede som idag bor i aldersinstitusjoner.
- Bidra til at hjemmeboende psykisk utviklingshemmede får det bo- og tjenestetilbudet de har behov for, styrke kultur- og fritidstilbudet til mennesker med psykisk utviklingshemning, og bedre rettssikkerheten for mindre og utsatte grupper av psykisk utviklingshemmede.
- Gi den familiebaserte omsorgen slike rammer at pårørende fortsatt kan yte en viktig innsats for sine nærmeste.

Iverksetting av Stortingets vedtak i forbindelse med St.meld. nr. 50 (1996-97) "Handlingsplan for eldreomsorgen" er et viktig satsingsområde for Regjeringen.

Tjenester til mennesker med funksjonshemninger er et annet viktig satsningsområde for denne regjeringen. Det fremlegges en stortingsmelding med en revidert handlingsplan for funksjonshemmede for perioden 1998-2001. Den reviderte handlingsplanen er styrket på tiltakssiden i forhold til tidligere handlingsplaner, og den følger opp Stortingets behandling av St. meld. nr. 34 (1996-97) Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede 1990-1997 og veien videre.

2. Tilstandsvurdering

SSB's foreløpige statistikk for pleie- og omsorgstjenesten viser flere positive utviklingstrekk fra 1996 til 1997. 2300 flere personer bor nå i boliger tilrettelagt for pleie- og omsorgsformål (omsorgsboliger eller tilsvarende) og 2700 flere personer mottar hjemmetjenester fra kommunene.

Tabell 1 Hjemmetjenester	1992	1993	1994	1995*	1996	1997**
Mottakere av hjemmetjenester etter alder pr 100 innbyggere:						
0-66 år.....	0,68	0,66	0,72	0,65	0,79	0,83
67-79 år.....	11,8	11,3	10,9	10,3	10,7	10,8
80 år og eldre	40,0	39,7	38,3	36,5	37,4	37,3
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
67-79 år.....	2,35	2,15	1,88	1,94	2,28	2,52
80 år og eldre	7,51	7,50	6,98	6,89	7,83	8,49
Andel kommuner/bydeler med døgnbasert hjemmesykepleiere.....	52,9	55,7	59,4	63,7	73,2	76,0

Kilde: SSB

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

** 1997 tallene er foreløpige anno juni 1997.

Statistikken viser videre at det er blitt 1 325 flere plasser i somatiske sykehjem, mens det er blitt 1 600 færre plasser i aldershjem og kombinerte alders- og sykehjem. For sykehjem og aldershjem samlet viser institusjondekningen dermed en liten reduksjon. Denne utviklingen viser at kommunene fortsatt satser på sykehjem, men at gamle aldershjems plasser etter hvert erstattes av omsorgsboliger. Videre ser en at det nå skjer en positiv utvikling ved at det blir flere ensengsrom. Det har blitt 950 flere enerom fra 1996 til 1997.

Tabell 2 Bolig/ Institusjon	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Boliger som kommunen disponerer til pleie- og omsorgsformål pr 100 innbygger 80 år og eldre	-	-	17,8	18,6	20,0	20,8
Plasser i aldersinstitusjon pr. 100 innbyggere 80 år og eldre ^{**} .	27,4	27,0	25,9	24,9	24,3	23,6
- herav plasser i somatiske sykehjem pr 100 innbyggere 80 år og eldre.....	12,7	12,9	13,1	13,5	13,9	14,4
Andel av rommene i aldersinstitusjoner som er enmannsrom	79,4	79,6	80,2	80,9	81,7	83,0

Kilde: SSB

* 1997-tallene er foreløpige anno juni 1998, og erfaringene tilsier at de endelige tallene kan bli noe høyere.

** Både alders- og sykehjem , og kombinerte alders- og sykehjem.

Når det gjelder årsverk i pleie- og omsorgssektoren viser statistikken 5 200 flere årsverk fra 1996 til 1997. Noe av veksten 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, nå er med i statistikken. Tabell 3 viser utviklingen av antall årsverk fra 1992 til 1997 i forhold til antall brukere av pleie- og omsorgstjenester og i forhold til aldersgruppen 80 år og eldre.

Tabell 3 Personell	1992	1993	1994	1995	1996	1997*
Årsverk pr. bruker av pleie- og omsorgstjenester	0,35	0,37	0,36	0,39	0,39	0,41
**						
Årsverk pr. 100 innbyggere 80 år og eldre..	39,7	40,9	39,2	39,5	40,9	42,8

* I følge SSB er det knyttet usikkerhet til årsverkstallene. Tallene bør derfor tolkes med varsomhet.

** Omfatter både mottaker av hjemmetjenester og beboere innlagt i institusjon.

Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede har vært og er viktige virkemidler for å synliggjøre utfordringer og løsninger og gjennomføre tiltak for funksjonshemmede. I St. meld. nr. 34 (1996-97) hvor resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede er beskrevet, peker det seg ut områder som krever økt innsats: Praktisk bistand, avlastningstiltak og støttekontakt, rehabiliteringstilbud, tiltak for skole og arbeid, tidlig diagnostisering, tiltak for familier med funksjonshemmede barn, tilgjengelighet til kultur og fritid, tiltak for bedring av psykisk helse og økt kunnskap om funksjonshemning generelt. Antall mottakere av avlastningstiltak har, ifølge SSBs statistikk, vist en oppgang fra om lag 6000 personer i 1996 til om lag 7300 mottakere i 1997, og er nå på 1993-nivå. Det er størst økning i antall mottakere over 67 år. En kartleggingsundersøkelse i 1992 blant mottakere av hjelpestønad viste at det var ca. 9000 som hadde behov, men ikke mottok avlastning. Det er fortsatt udekkede behov for avlastning både blant mottakere av hjelpestønad og andre som mottar omfattende uformell omsorg. En analyse av levekårene blant mottakere av grunnstønad viste at ca. 1/10 av mottakerne i alderen 16-66 år har spesielt dårlige levekår. Departementet har satt i gang ytterligere kartlegging av denne gruppen for å kunne vurdere aktuelle tiltak som kan fremmes i stortingsmeldingen om utjevning av levekår.

3. Virkemidler og forventede resultater

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

Handlingsplanen for eldreomsorgen (St. meld. nr. 50 (1996-97))

For å sikre at handlingsplanen for styrking av eldreomsorgen gjennomføres i tråd med intensjonene benytter regjeringen i tråd med Stortingets vedtak virkemidler for sterkere statlig styring jfr. St.meld. nr. 50 (1996-97) og Innst.S. nr. 294 (1996-97). Bl.a. har Sosial- og helsedepartementet satt igang et arbeid med sikte på en bedre harmonisering av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven i forhold til pleie- og omsorgstjenestene. Når det gjelder de finansielle virkemidlene vises det til omtale under kap 670 post 61 og kap 586 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett, og under punkt 5.

Regjeringens handlingsplan for helse- og omsorgspersonell

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

Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede

Det vises til nærmere omtale kap. 674, post 21 og i stortingsmeldingen om Handlingsplanen for funksjonshemmede som legges fram høsten 1998.

Tiltak for mennesker med psykisk utviklingshemning

I 1999 vil de to gjenværende øremerkede tilskuddene til kommunenes gjennomføring av ansvarsreformen (innsatsmidler og vertskommunetilskuddet) bli videreført på omlag samme nivå som i 1998. Systemet med innsatsmidler til kommuner med en overvekt av særlig ressurskrevende psykisk utviklingshemmede vil bli vurdert av en interdepartemental arbeidsgruppe som ser nærmere på finansieringen av tiltak for særlig ressurskrevende brukere i kommunene. Eventuelle forslag til endringer vil bli framlagt i kommuneøkonomiproposisjonen for 2000. Se forøvrig omtale under kap. 673, post 61.

Utskriving av unge funksjonshemmede fra aldersinstitusjoner

Ordningen med tilskudd for å stimulere til utskrivning av unge funksjonshemmede fra aldersinstitusjoner videreføres. Det treårige tilskuddet på 600 000 kroner til kommunene foreslås videreført i 1999. På bakgrunn av erfaringer så langt ønsker Sosial- og helsedepartementet også å sette i gang konkrete tiltak for å få til raskere utflytting. For nærmere beskrivelse se omtalen under kap. 673, post 62.

Andre tiltak

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

Departementet vil følge opp kommunenes arbeid med kvalitetssikring av pleie- og omsorgstjenestene, bl.a. gjennom fylkesmennenes og fylkeslegenes oppfølging og tilsyn med kommunene. Rundskriv om Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, Veiledende retningslinjer for bruk av omsorgsplaner og Veileder for saksbehandlingen av sosiale tjenester vil være viktige dokumenter i den sammenheng.

Fra 1. januar 1999 skal det iverksettes en forsøksordning med både eldre- og omsorgsombud i utvalgte kommuner. NOVA er engasjert til å forestå faglig oppfølging, koordinering og evaluering.

Kommunenes samlede utgifter til aldersinstitusjoner tilsvarer omkring 60 pst. av pleie- og omsorgsbudsjettet. Presset på sykehjemmene øker samtidig som nye oppgaver er i ferd med å endre den rolle og funksjon sykehjemmene har. Pasienter skrives ut fra sykehusene tidligere enn før, liggetiden går ned, beboernes alder øker og mange beboere er aldersdemente. På denne bakgrunn vil departementet lage en utredning med sikte på å kartlegge hvilke funksjoner sykehjemmene dekker i dag og hvilke funksjoner sykehjemmene bør ha for å møte dagens og fremtidens behov slik at de samlede ressursene til sykehjem og tilgrensende tilbud kan utnyttes mest mulig effektivt. Arbeidet skal også gi grunnlag for en revisjon av forskriftene for sykehjem.

Departementet vil, i samarbeid med frivillige organisasjoner, bidra til markering av det internasjonale eldreåret 1999. Det er nedsatt en nasjonal komite ledet av Sosialministeren.

Departementet arbeider med å utvikle ny statistikk for pleie- og omsorgstjenestene.

4. Finansiering og brukerbetalingsordninger i pleie- og omsorgssektoren

Oppfølging av NOU 1997:17 Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester

Forslaget om at det ikke lenger skal være tillatt å kreve brukerbetaling for hjemmesykepleie ble vedtatt i Stortinget 22. mai 1997, jfr. Innst.S. nr. 191 (1996-97). Forskriftene om vederlag for hjemmebaserte tjenester har blitt endret i overensstemmelse med stortingets intensjoner. De reviderte forskriftene ble iverksatt 1. januar 1998. Kommunene er kompensert for inntektsbortfallet.

I 1997 avga et regjeringsoppnevnt utvalg ("Jensen-utvalget) sin innstilling, NOU 1997:17 Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester. Innstillingen har vært på en omfattende høring til kommuner, organisasjoner og andre instanser. Utvalget utredet bl. a en finansierings- og brukerbetalingsmodell for pleie- og omsorgstjenesten hvor brukerbetalingen i institusjoner (sykehjem og aldershjem) er delt opp i fire elementer. De fire elementene er:

- Pleie og omsorg
- Helsetjenester mv
- Bolig
- Dagliglivets utgifter (mat etc)

En slik modell innebærer større likhet i brukerbetalingsordninger mellom institusjoner og eget hjem/omsorgsbolig enn det er i dag. Utvalget var delt i sin tilråding i valg av hovedmodell. Halve utvalget foreslo en slik modell gjennomført, mens de øvrige foreslo en begrenset statlig utprøving av modellen i utvalgte kommuner. Utvalget fremmet også enkelte forslag til endringer som er uavhengig av valg av hovedmodell.

Nærmere 90 pst. av høringsinstansene gir sin tilslutning til enten forsøksvirksomhet (40 pst.) eller innføring av en tjenestebasert modell (48 pst.). De øvrige instansene går inn for å beholde dagens ordninger. Det er imidlertid betydelig usikkerhet knyttet til hvilke konsekvenser og effekter en vil få av en tjenestebasert modell. Både deler av utvalget og høringsinstansene har pekt på usikkerhet og innvendinger av både administrativ, økonomisk, fordelingsmessig og juridisk karakter av en tjenestebasert modell.

På bakgrunn av høringsuttalelsene arbeider departementet med videre oppfølging av utvalgsrapporten.

Heving av maksimal betaling for korttidsopphold på sykehjem

Maksimal betaling for korttidsopphold på sykehjem m.v. ble i 1995 hevet til 80 kroner for heldøgnsopphold og 40 kroner for dagopphold. Det foreslås at maksimal betaling for døgnsopphold heves til 100 kroner og til kroner 50 for dagopphold fra og med 1999. Ekstrainntekten for kommunene av dette forslaget beregnes til 40 mill. kroner. Regjeringen foreslår at disse midlene trekkes ut av kommunenes rammetilskudd.

Endring av regler for betaling for langtidsopphold på institusjon

For langtidsopphold på institusjon kan krav om vederlag først gjøres gjeldende fra og med andre kalendermåned etter at innflytting finner sted. I NOU 1997:17 Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester ble det påpekt at friperioden ved innflytting i institusjon kan slå ulikt ut fordi det etter dagens forskrift gis en hel betalingsfri måned i tillegg til den måneden man flytter inn. På den bakgrunn foreslo et samlet utvalg at den betalingsfrie perioden for langtidsopphold skal gjelde en måned regnet fra innflyttingsdato. Regjeringen foreslår at denne endringen gjøres gjeldende fra og med 1999. Beregninger viser at de økte inntektene for kommunene vil utgjøre om lag 30 mill. kroner. Regjeringen foreslår at dette beløpet trekkes ut av kommunenes rammetilskudd.

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

Et viktig satsingsområde for Regjeringen er å gjennomføre Stortingets vedtak i forbindelse med St.meld. nr. 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen. Selv om kommunenes planer for 1998 viser at satsingen har utløst en betydelig aktivitet i kommunene, har det kommet signaler om at det enkelte steder er et betydelig press i byggemarkedet, og at enkelte kommuner trenger lenger tid på å gjennomføre utbyggingen av sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Av hensyn til dette og den generelle økonomiske situasjonen, foreslår Regjeringen foreslår at planperioden utvides fra 4 til 6 år, og at de nasjonale målsettingene skal nås innen 2003. Hensynet til samordning av statlige handlingsplaner er også viktig i denne sammenheng. Konkret legges det frem forslag om at de øremerkede midlene til drift, kap. 670.61, økes med 800 mill. kroner slik det ble meldt i Kommuneøkonomiproposisjonen for 1999 (St.prp. nr. 60 (1997-98)), mens de øremerkede

midlene til investeringer i sykehjem og omsorgsboliger, kap. 586 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett, reduseres fra tilsagn om 5 800 nye enheter til 3 700 nye enheter for 1999.

Status for 1998

De vedtatte målene for handlingsplanen er 24 400 nye plasser i sykehjem og omsorgsboliger, og 12 030 nye årsverk innen pleie- og omsorgstjenesten. Kommunene ble bedt om å utarbeide kommunale handlingsplaner for utbygging av eldreomsorgen for 1998 og resten av perioden. Planene er lagt til grunn for tildeling av tilskudd til kommunene, og ved behandling av søknader om investeringstilskudd. De vil også være et viktig redskap både i forhold til å forplikte kommunene når det gjelder gjennomføring av planene og i den statlige resultatoppfølgingen. Fristen for innsending av planene for 1998 var 1. februar 1998 og alle kommunene har lagt fram planer.

Oppsummering av kommunenes planer

En oppsummering av kommunenes planer for 1998 viser at det planlegges etablering av omlag 29.500 nye sykehjemsplasser/omsorgsboliger og 13 500 nye årsverk for hele planperioden. Dette fordeler seg med 12 500 nye sykehjemsplasser og 17 000 nye omsorgsboliger. Ca. 1/3 av de planlagte enhetene kommer som følge av omgjøring fra flersengsrom til ensengsrom og utskifting av gammel bygningsmasse. Det er planlagt om lag 7 500 sykehjemsplasser/omsorgsboliger i 1998. De kommunale handlingsplanene tyder på at målsettingen om ensengsrom til alle sykehjemsbeboere som ønsker det, i hovedsak vil kunne gjennomføres i løpet av handlingsplanperioden. Sammenlikner en de statlige måltallene med kommunenes plantall, viser dette en forskjell på 5 000 bygningsmessige enheter. Forskjellene skyldes at kommunene ønsker å bygge flere omsorgsboliger enn det stortingsmeldingen legger opp til. For sykehjemmene er det tilnærmet fullt samsvar mellom måltallene i stortingsmeldingen og kommunenes planer.

Avstanden mellom måltall og plantall for omsorgsboliger skyldes flere forhold. En del kommuner la i den første planen inn et antall boliger for å dekke behovet blant mennesker med psykiske lidelser. Enkelte kommuner planlegger for en lengre tidsperiode enn de fire årene som dekkes av den opprinnelige handlingsplanperioden, spesielt på investeringssiden. Antall søknader Husbanken har mottatt ved utgangen av 1. halvår 1998 er i godt samsvar med måltallene i St.meld. nr. 50 (1996-97) på 5 800 for 1998. Gunstige finansieringsordninger medfører at enkelte kommuner planlegger flere omsorgsboliger enn det de driftsmessig har tatt høyde for. Det er viktig å sikre samsvaret mellom investering og drift.

Når det gjelder årsverk er det godt samsvar mellom de nasjonale måltallene og de kommunale plantallene. Det planlegges om lag 13 500 nye årsverk i pleie- og omsorgstjenesten for perioden 1998-2001, dvs. 1500 flere årsverk enn måltallene i handlingsplanen. For 1998 er det planlagt vel 3 200 nye årsverk, som er i overkant av de 3.000 årsverkene som var forutsatt i St.meld. nr. 50 (1996-97).

Opplegg for 1999

For 1999 foreslås bevilgningene til drift av pleie- og omsorgstjenestene på kap. 670, post 61 trappet opp med 800 mill. kroner i tråd med Stortingets vedtak ved behandlingen av St.meld. nr. 50 (1996-97) og St.prp. nr. 1 (1996-97), jf. omtale under kap. 670, post 61. På investeringssiden vil den foreslåtte tilsagnsrammen medføre en noe lavere aktivitet enn forutsatt i St.meld. nr. 50 (1996-97). Dette er en konsekvens av at planperioden for handlingsplanen for eldreomsorgen er foreslått forlenget med to år fra 4 til 6 år. De årlige måltallene for utbygging er dermed redusert fra 5 800 boenheter til 3 700 boenheter pr. år i de gjenværende årene av planperioden. I tillegg kommer igangsetting av 270 omsorgsboliger i forbindelse med opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Det tar erfaringsmessig en del tid fra byggeprosjektene settes i gang til de er ferdigstilt og klare til å tas i bruk. I perioden kan kommunene dekke behovet for pleie- og omsorgstjenester gjennom en styrking av hjemmetjenestene.

På kap. 586 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett gis en fyldigere omtale av oppstartingstilskuddet og tilskudd til renter og avdrag på lån.

Det vil være viktig med en fortsatt styrking av planarbeidet i kommunene, og Sosial- og helsedepartementet vil bidra til å styrke planarbeidet i kommunene, bl.a. ved å stimulere til at arbeidet med handlingsplanen for eldreomsorgen knyttes tettere til det øvrige kommunale planarbeid (kommuneplan, helse- og sosialplan, økonomiplan og budsjett). Et viktig virkemiddel for å nå de nasjonale målene er kravet om at de planlagte tiltakene innarbeides i årsbudsjetter og kommunenes fireårige økonomiplaner. Videre er det viktig å

se de ulike statlige satsingene i forhold til kommunesektoren i sammenheng. Dette gjelder for eksempel tiltak for mennesker med psykiske lidelser, unge funksjonshemmede og mennesker med psykisk utviklingshemning. Departementet har utarbeidet en egen veiledning til kommunene om helhetlig planlegging i pleie- og omsorgssektoren. Planleggingen må ta hensyn til at unge funksjonshemmede og mennesker med psykisk utviklingshemning integreres i det ordinære bomiljø.

Under innledningens pkt. 2.3 gis en nærmere vurdering av kommunenes økonomiske situasjon for 1999, og mulige konsekvenser for gjennomføringen av handlingsplanen. Staten vil på bakgrunn av kommunenes økonomiske situasjon unntaksvis kunne vurdere nærmere de aktivitetskrav som stilles ved tildeling av øremerkede midler. Fylkesmannen og fylkeslegen skal gjennomgå de kommunale handlingsplanene før de øremerkede tilskuddene for 1999 utbetales, og embetene vil i den sammenheng også ta hensyn til den enkelte kommunes økonomiske situasjon. Den nasjonale målsettingen om 12 030 nye årsverk innenfor planperioden (jfr. St.meld. nr. 50 (1996-97)) vil likevel stå fast og det forutsettes at alle kommuner oppfyller de kommunale handlingsplanene innen 2003.

Resultatoppfølging og kontroll med bruken av de øremerkede midlene

Ved å sammenholde aktuelle tall for tjenesteutvikling i kommunenes pleie- og omsorgssektor og de angitte mål i de kommunale handlingsplanene vil statlige myndigheter følge kommunenes satsing og prioriteringer. Fylkesmennene vil gjennom de årlige planene og resultatrapporter fra kommunene vurdere utviklingen i tjenestene sammenholdt med størrelsen på de tilskuddene kommunene mottar.

Dersom kommunenes planer og oppnådde resultater viser en urimelig lav kommunal innsats i forhold til nivået på de tilskuddene kommunen mottar, kan tilskuddene vurderes holdt tilbake eller kreves tilbake, jfr. St.prp. nr. 1 (1997-98). Dette vil skje etter en samlet vurdering hvor også hensynet til kommunens generelle økonomiske situasjon og eventuelle endrede forutsetninger for kommunens drift vil bli vektlagt.

Det vil i tillegg bli benyttet følgende resultatindikatorer i SSBs årlige statistikk for pleie- og omsorgssektoren:

- Antall årsverk i institusjon
- Antall årsverk i hjemmetjenesten
- Antall plasser i institusjon fordelt på ulike typer rom (ensengs- eller flersengsrom)
- Antall beboere i boliger som kommunen disponerer til eldre og funksjonshemmede fordelt på ulike alderskategorier.
- Antallet brukere av hjemmetjenestene fordelt på ulike alderskategorier.
- Antall mottakere av avlastning og støttekontakt fordelt på ulike alderskategorier.

Med hjemmel i Stortingets Bevilgningsreglement § 17 kan departementet, fylkesmennene og Riksrevisjonen iverksette kontroll med at midlene er benyttet til formålet. Fylkesmennene skal sammenholde opplysninger fra kommunenes ordinære budsjetter og regnskaper og størrelsen på de øremerkede tilskuddene, for å vurdere hvorvidt det skjer lekkasjer av midler fra pleie- og omsorgssektoren til andre sektorer. Kommunene er pålagt å oppgi regnskapstall for 1997 for netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenesten og sektorens andel av kommunens totale netto driftsutgifter, og tilsvarende for de påfølgende år.

Det vil i tillegg velges ut et antall kommuner hvert år for å gjennomgå virksomheten i detalj bl.a. for å klargjøre hvilken effekt statstilskuddet har i forhold til kommunens egenfinansiering og endringer i tjenestetilbudet. Dette kommer i tillegg til fylkesmennenes og fylkeslegenes løpende oppfølging.

De ulike tilskuddsordningene i handlingsplanen vil bli gjennomgått i forbindelse med den 2-årgjennomgangen av behovene og virkemidlene som Stortinget vedtok ved behandlingen av St.meld. nr. 50 (1996-97). I løpet av høsten 1998 blir det satt i gang en evaluering i regi av Norges forskningsråd som skal gå gjennom hele planperioden og som både skal se på effekten av de ulike virkemidlene i handlingsplanen særlig i forhold til eldre i kommunene, og også handlingsplanens egnethet i forhold til å utvikle tiltak på denne sektoren. Evalueringen skal legges opp slik at det utarbeides årlige statusrapporter som vil bli lagt til grunn i den årlige tilbakemeldingen til Stortinget i forbindelse med budsjettframlegget.

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

Trygghetsalarmer

Departementet har, slik Stortinget ba om i forbindelse med behandlingen av St.meld. nr. 50 (1996-97), utredet kostnader og konsekvenser ved å overføre ansvaret for tildeling av trygghetsalarmer til hjelpemiddelsentralene der kostnadene dekkes av folketrygden. Tre ulike modeller for organisering, drift og finansiering av trygghetsalarmer og trygghetsalarmtjeneste er utredet.

Utredningen viser at en rettighetsfesting av trygghetsalarmer i folketrygden ikke vil gi brukerne lik tilgang til trygghetsalarmer og trygghetsalarmtjenester. Folketrygdens inngangsvilkår for stønad til tekniske hjelpemidler er slik at de vil utelukke mange av dagens trygghetsalarmbrukere, spesielt alle de som er tildelt alarm utelukkende p.g.a alder eller som et rent trygghets- og angstdempende hjelpemiddel. Konsekvensen av en rettighetsfesting av trygghetsalarm vil bli et todelt finansieringssystem der folketrygden dekker de tilfeller som fyller inngangsvilkårene for stønad til tekniske hjelpemidler, mens kommunene må dekke de andre.

Storingsvedtaket forutsetter at kommunene fortsatt skal ha driftsansvaret for trygghetsalarmtjenesten (alarmmottak og utrykning). Dette innebærer at med mindre kommunene pålegges å gi trygghetsalarmtjenester som en pliktmessig ytelse, noe som vil kreve en endring av lov om sosiale tjenester eller lov om helsetjenester i kommunen, vil brukertilbudet fortsatt variere fra kommune til kommune, selv om folketrygden finansierer selve alarmen. Kommunene vil fremdeles stå fritt til å belegge alarmtjenesten med avgifter. En overføring av ansvaret for trygghetsalarmer til folketrygden sikrer dermed ikke lik tilgang til trygghetsalarmer og trygghetsalarmtjenester. Regjeringen vil derfor ikke tilrå dette.

Tall fra SSBs pleie- og omsorgsstatistikk viser at 495 kommuner og bydeler har trygghetsalarmtjeneste. I tillegg viser rapporter for bruken av døgntjenestetilskuddet for 1997 (jfr. omtale kap 670) at 51 pst. av kommunene som mottok tilskuddet brukte deler av det til innkjøp og drift av trygghetsalarmer. Dette viser at kommunene har prioritert dette området. Men det er behov for å stimulere til ytterligere utbygging av denne tjenesten, ikke minst som følge av det økende antall eldre over 80 år. Regjeringen vil derfor tilrå at man innretter de øremerkede tilskuddordningene til pleie- og omsorgstjenester på kap. 670, post 61 slik at trygghetsalarmer inngår som et viktig tiltak for å få en helhetlig og fleksibel tjeneste. I tillegg skal kommunene i de planene de utarbeider for pleie- og omsorgstjenestene også vurdere behovet for trygghetsalarmer. Sosial- og helsedepartementet vil også utarbeide en veileder om trygghetsalarmtjenesten som et trygghetsskapende og forebyggende tiltak, og etablere kontakt med Kommunenes Sentralforbund for ev. å samordne kommunenes innkjøp av alarmer.

KAP. 670 TILTAK FOR ELDRE

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	2 678		
61	Tilskudd til omsorgstjenester	506 314	1 321 200	2 111 200
62	Styrking av geriatri, <i>kan overføres</i>	19 397	10 000	10 000
70	Tilskudd til pensjonistenes organisasjoner			
	m.m.	3 723	4 320	5 850
71	Tilskudd til Senter for senior planlegging	1 342	1 380	
72	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	5 000	5 120	5 250
Sum kap. 0670		538 454	1 342 020	2 132 300

Overført fra 1997 til 1998:

Post 01: Se kap. 604

Post 62: 10 999 000 kroner

Økningen i bevilgningen på post 70 skyldes at post 70 og 71 er foreslått slått sammen til post 70 Tilskudd til pensjonistenes organisasjoner og Senter for seniorplanlegging.

Post 61 Tilskudd til omsorgstjenester

Bevilgningen foreslås økt med 800 mill. kroner i 1999. Midler til fylkesmenn, fylkesleger og departementets oppfølging av handlingsplanen, tilsammen 10 mill. kroner, foreslås overført til kap 675, post 01. Til sammen er bevilgningen på denne posten foreslått til 2 111,2 mill. kroner.

Bevilgningen for 1999 omfatter følgende forslag:

- Omsorgstjenestetilskudd, 1 891,2 mill. kroner
- Skjønnstilskudd, 210 mill. kroner
- Personelltiltak, 10 mill. kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

Formålet med omsorgstjenestetilskuddet er å bidra til å styrke den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og spesielt tilbudet til befolkningen over 67 år. Midlene skal brukes på en slik måte at målene i de kommunale handlingsplanene for styrking av eldreomsorgen nås. Videre er det en overordnet målsetting at pleie- og omsorgstjenesten skal dekke de ulike behovene i befolkningen, og at tilbudet i størst mulig grad er uavhengig av alder, bosted, inntekt og sosial status.

Skjønnstilskuddet skal i utgangspunktet ytes til de kommuner som har det dårligst utbygde pleie- og omsorgstilbudet til eldre og som samtidig har en svak kommuneøkonomi. På bakgrunn av Stortingets føringer skal også kommuner som nylig er ferdig med utbyggingen, men som har problemer med driften tas med i vurderingen, jfr. Innst.S. nr. 294 (1996-97) og Innst.S. nr. 11 (1997-98). For 1999 vil også behovet for tiltak for å bedre kompetansen hos ansatte i pleie- og omsorgstjenestene bli tatt med i vurderingen. Midlene skal primært brukes på en slik måte at målene i de kommunale handlingsplanene for styrking av pleie og omsorgstjenestene nås.

2. Resultatrapport og tilstandsvurdering**1997**

I 1997 har 58 pst. av kommunene i hovedsak benyttet omsorgstjenestetilskuddet til hjemmebaserte tjenester, mens 34 pst. av kommunene prioriterte institusjonsomsorg. Sosial- og helsedepartementet har bedt kommunene oppgi hvorvidt omsorgstjenestetilskuddet for 1997 har medført at de totale utgiftene til pleie- og omsorgstjenesten har økt, blitt opprettholdt eller er redusert sammenliknet med 1996. 64 pst. svarte at pleie- og omsorgsbudsjettet i 1997 ble økt i forhold til året før som følge av tilskuddet, 34 pst. svarte at budsjettet ble opprettholdt på samme nivå som året før, mens 2 pst. svarte at budsjettet ble redusert i forhold til året før.

I 1997 mottok 95 pst. av landets kommuner tilskudd til døgntjeneste. Dette tilskuddet fordeles til kommuner som har hjemmebaserte tjenester tilgjengelig hele døgnet. Det er særlig kommuner med relativt få innbyggere og store geografiske avstander som ikke har opprettet døgntjeneste pr. i dag. Tilskuddene for de fleste av disse kommunene var for 1997 i størrelsesorden 40 000 - 100 000 kroner.

1998*Fordeling av det generelle driftstilskuddet*

Stortinget vedtok et generelt driftstilskudd på 695 mill. kroner for 1998. Dette kommer i tillegg til den gamle bevilgningen til omsorgstjenester på 354 mill. kroner. For 1998 er disse to bevilgningene slått sammen og fordelt under ett. I tillegg er døgntjenestetilskuddet videreført i 1998. Kommunenes handlingsplaner er lagt til grunn for utbetaling av de øremerkede tilskuddene. Pr. 30 april var det ca. 30 kommuner som ikke hadde fått utbetalt tilskudd. Disse fikk anledning til å komme med reviderte planer og event. tilleggsdokumentasjon slik at det pr. 30. juni 1998 var 10-15 kommuner som ikke hadde fått utbetalt driftstilskudd for 1998. Disse kommunene har fått ny frist til å legge fram dokumentasjon som oppfyller kravene for å få utløst tilskudd, og vil ventelig kunne få utløst tilskuddet i løpet av høsten 1998.

Fordeling av skjønnstilskuddet

Stortinget vedtok et eget skjønnstilskudd på 105 mill. kroner for 1998 til kommuner som har en kombinasjon av dårlig pleie- og omsorgstjeneste og svak kommuneøkonomi. Kommuner som har ferdigstilt større sykehjems- eller omsorgsboligprosjekter for tidlig til å få utløst de nye investeringstilskuddene fullt ut, og som av den grunn har problemer med driftsopplegget, omfattes også av denne ordningen. Fylkesmennene har bl.a. på bakgrunn

av de kommunale planene fordelt tilskuddet til 145 kommuner. 51 av disse kommunene fikk tilskudd bl.a. fordi de nylig har gjennomført store investeringer i sykehjem og omsorgsboliger uten å oppnå de forbedrede tilskuddsordningene over kap. 586, på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett.

Tilskudd til sykehjem og omsorgsboliger over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett

Regjeringen har gjennom oppstartingsstilskudd og kompensasjonstilskudd til bygging av sykehjemsplasser og omsorgsboliger, samt tilskudd til ombygging av flersengsrom til ensengsrom, satt kommunene i stand til å prioritere etablering av flere institusjonsplasser/omsorgsboliger og til å omgjøre flersengsrom til ensengsrom. Pr. 1. halvår 1998 ble det gitt tilsagnsfullmakter til 1557 omsorgsboliger, 627 sykehjemsplasser og 317 plasser i prosjekter med en kombinasjon av sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Målet i antall boenheter er dette en økning på 164 pst. i forhold til 1997. Det vises for øvrig til omtale på kap. 586 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett.

3. Satsingsområde og mål for 1999

For 1999 foreslås bevilgningene til drift av pleie- og omsorgstjenestene økt med 800 mill. kroner i tråd med St.meld. nr. 50 (1996-97) og omtalen i kommuneøkonomiproposisjonen for 1999 (St.prp. nr. 60 (1997-98)). Samtidig foreslås det at handlingsplanperioden utvides med 2 år, til 2003, jfr. omtale under pkt. 5 under 09.70. Fra og med 1999 foreslås det at det øremerkede døgntjenestetilskuddet slås sammen med omsorgstjenestetilskuddet for å oppnå en mer hensiktsmessig ressursutnyttelse i kommuner med få innbyggere og store geografiske avstander. Disse får med dagens ordning for lite i tilskudd til å kunne etablere en hensiktsmessig tjeneste. Hensynet til døgntjenesten vil bli ivaretatt gjennom den kommunale planprosessen og Husbankens retningslinjer for oppstartingsstilskuddet. Økningen på 800 mill fordeles med 695 mill. kroner på omsorgstjenestetilskuddet og 105 mill. kroner på skjønnstilskuddet.

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

Skjønnstilskuddet er rettet særlig inn mot kommuner som har en kombinasjon av dårlig utbygde pleie- og omsorgstjenester og svak kommuneøkonomi. I tillegg vil det i tråd med Stortingets tidligere vedtak også tas hensyn til kommuner som ferdigstilte større sykehjems- eller omsorgsboligprosjekter for tidlig til å få utløst de nye tilskuddene fullt ut.

Tilstrekkelig og godt kvalifisert personell er en viktig faktor for å få gjennomført handlingsplanen for eldreomsorgen, jfr. omtale under budsjettets innledningskapittel. I følge St.meld. nr. 50 (1996-97) er anslagsvis en tredjedel av ansatte i denne sektoren ufaglærte. Det er et mål å heve kompetansen blant ufaglærte. I tillegg vil det være viktig at ansatte med helse- og sosialfag fra videregående opplæring får et tilbud om etter- og videreutdanning for eksempel i geriatri/eldreomsorg, psykiatri eller miljøarbeid.

I 1998 fikk kommunene som en del av handlingsplanen for helse- og sosialpersonell et tilskudd på til sammen 29 mill. kroner over Sosial- og helsedepartementets budsjett til ovennevnte formål. Midlene er fordelt til kommunene etter objektive kriterier, og nyttes hovedsakelig til utarbeiding av opplæringsplaner, men også til konkrete opplæringstiltak. I 1999 legger Sosial- og helsedepartementet opp til at fylkesmennene med utgangspunkt i kommunenes personellplaner og pleie- og omsorgsplaner, fordeler midler til kommunene til konkrete opplæringstiltak. Sosial- og helsedepartementet mener at det er hensiktsmessig at fylkesmennene ved fordelingen av skjønnsmidlene til kommunene også vurderer opplæringsbehovet, og at noe av skjønnspotten kan anvendes sammen med de øvrige personelltilskuddene til å styrke denne delen av kommunens virksomhet. På den måten vil man styrke kvaliteten på tjenestene, sikre at personell får tilstrekkelig påfyll til å fungere lenger i tjenestene og også oppmuntre personer som i dag jobber i små stillingsandeler til å øke andelen. For å se pleie- og omsorgstjenesten i kommunene som en helhet, vil også den delen av psykiatrimidlene som går til kvalifisering av personell i kommunene uten høyere helse- og sosialfaglig utdanning bli sett i sammenheng med dette, jfr. Sosial- og helsedepartementets Rundskriv I-29/98 og omtale under kap. 743, post 70.

Post 62 Styrking av geriatri*Nasjonalt geriatriprogram*

Nasjonalt geriatriprogram startet i 1994 og avsluttes i 1999 med en totalramme på 50 mill. kroner. Programmet administreres av Helsetilsynet. Rekruttering av geriatriisk nøkkelpersonell, kompetanseheving og samarbeidsmodeller mellom sykehus og kommunehelsetjeneste er satsingsområdene. Innsatsen konsentreres om det medisinske tilbudet til de eldste eldre. 21 mill. kroner disponeres til etablering og styrking av geriatriisk spesialisthelsetjeneste i 15 av landets fylker. Vel 10 mill. kroner er bevilget til 47 fagprosjekter. Modell for undervisningssykehjem og geriatriisk elektronisk intranett(helsenett) er ifølge Helsetilsynet blant de mest lovende prosjektene. I alt 5 mill. kroner er bevilget til Nasjonalt formidlingssenter i geriatri som er opprettet i Bergen for å bistå med informasjon og kunnskapsformidling til helsepersonell innen fagfeltet.

I 1999 er videreføring av geriatri avhengig av fylkenes budsjettvedtak for å sikre lønn til geriatriisk fagpersonell og til drift ved sykehusene. Virksomheten omfatter sykehusenes områdegeriatri som betjener kommunehelsetjenesten.

Det blir i 1999 utgitt en rapportserie der erfaringene fra geriatriprogrammet blir publisert. En viktig oppgave blir å gjøre de geriatriiske utfordringene mer synlige i samfunnet i løpet av 1999 som er FN's internasjonale eldreår. I slutten av 1999 vil Helsetilsynet legge fram anbefalinger om hvordan den statlige geriatriisatsningen kan videreføres fra år 2000. I evalueringen av programmet vil man ta hensyn til vurderingene som er framkommet i en uavhengig programevaluering.

Post 70 Tilskudd til pensjonistenes organisasjoner m.m.

Det fremmes forslag om at denne posten i tillegg til pensjonistenes organisasjoner, også omfatter Senter for seniorplanlegging.

- a. Formålet med bevilgningen til pensjonistenes organisasjoner er å styrke deres mulighet til å drive interessepolitisk arbeid, samt til å gi sine medlemmer service. Bevilgningen fordeles som tilskudd til Norsk Pensjonistforbund og andre landsdekkende pensjonistorganisasjoner. Norsk Pensjonistforbund fordeler midlene etter en nøkkel som organisasjonene er blitt enige om. Fordelingsnøkkelen består av et grunntilskudd til hver organisasjon og et beløp pr. betalende medlem. I 1998 ble bevilgningen økt med 500.000 kroner. Midlene ble fordelt etter samme nøkkel som resten av bevilgningen. Departementet følger organisasjonens bruk av midlene gjennom årsmelding, budsjett og regnskap. Bevilgningen for 1999 er foreslått til kr 4.432.000
- b. Formålet med bevilgningen til Senter for seniorplanlegging er å stimulere arbeidslivet og den enkelte arbeidstaker til å forberede tilværelsen som pensjonist. Midlene benyttes til finansiering av Senter for seniorplanleggings virksomhet med kurs og informasjonsarbeid, samt bidra til forskning og utviklingsarbeid på feltet. Departementet følger senterets bruk av midler gjennom årsmelding, budsjett og regnskap. I 1997 ble det gjennomført 165 kurs i forberedelse til pensjonsalderen med ca. 5230 deltakere. Kurs i forberedelse til pensjonsalderen og et bedre arbeidsmiljø vil fortsatt være et hovedarbeidsområde i 1999. Det vil bli arbeidet videre med å systematisere og målrette den generelle informasjon mot bedrifter og etater. "Senior Personalpolitisk Forum" vil bli videreført og det vil bli arbeidet for å opprette nettverksgrupper rundt i landet. Bevilgningen for 1999 er foreslått til 1 416 000 kroner.

Post 71 Tilskudd til Senter for seniorplanlegging

Bevilgningen foreslås slått sammen med kap. 671, post 70 fra 1999.

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

Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av Mosserød alders- og sykehjem og Jødisk aldersbolig, for henholdsvis adventister og jøder, og dermed stimulere til at kommuner velger å kjøpe plasser ved disse institusjonene. I 1997 ble midlene benyttet til subsidiering av 13 plasser ved Mosserød alders- og sykehjem. Videre ble midlene brukt til subsidiering av en plass ved Jødisk aldersbolig og generelt til drift og investeringer.

Departementet fastholder samme prinsipp for fordeling av midler som redegjort for i St.prp. nr. 1 (1996-97) og betingelsene for bruken av midlene som redegjort for i St.prp. nr. 1 (1997-98). Departementet følger institusjonenes bruk av midlene gjennom årsmelding, budsjett og regnskap. For disse institusjonene gjelder forøvrig de finansieringsordninger som ellers gjelder for sykehjem.

KAP. 672 RÅDET FOR FUNKSJONSHEMMEDE

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	4 999		
	Sum kap. 0672	4 999		

Rådet for funksjonshemmede er fra 1998 budsjettert under kap. 604 Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v.

KAP. 673 TILTAK FOR FUNKSJONSHEMMEDE

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	2 049	2 230	16 800
61	Oppfølging av ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming	1 676 112	1 178 550	1 097 200
62	Tilskudd til utskriving av unge funksjonshemmede	34 810	45 000	45 000
63	Begrenset bruk av tvang			108 000
64	Regionsentra for døvblindfødte	18 959	20 500	
65	Psykisk utviklingshemmede med sikringsdom <i>kan overføres</i>	18 690	14 000	31 000
72	Tiltak for døvblinde	8 122	10 260	33 300
73	Tilskudd til likemannsarbeid			12 300
75	Tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner	72 956	78 000	79 900
	Sum kap. 0673	1 831 698	1 348 540	1 423 500

Overført fra 1997 til 1998:

Post 01: 109 000 kroner

Post 65: 236 000 kroner

Endringene i bevilgningen som foreslås på post 61 skyldes av midler knyttet til begrenset bruk av tvang og makt overfor enkelte psykisk utviklingshemmede foreslås overført til kap. 673, ny post 63 og kap. 673, post 01. I tillegg er midler til autismeprogrammet foreslått overført til kap. 676, post 21.

Bevilgningen på post 64 Regionsentra for døvblindfødte er foreslått overført til post 72 Tiltak for døvblinde, se omtale under post 72. Den totale bevilgningen foreslås til 33,3 mill. kroner.

Det foreslås opprettet en ny post 73 Tilskudd til likemannsarbeid, og at 12,3 mill. kroner foreslås overført fra kap. 674, post 21 Handlingsplanen for funksjonshemmede. Se omtale under post 73.

Post 01 Driftsutgifter*A. Statens sentralteam for døvblinde*

Bevilgningen har fram t.o.m. 1998 omfattet Statens sentralteam for døvblinde. Regjeringen foreslår at det fra og med 1998 etableres et kompetansesystem for alle døvblinde. Statens sentralteam foreslås å gå inn i dette nettverket. Midlene foreslås overført til kap. 673, post 72.

B. Lovregulering av kontroll med bruk av tvang og makt overfor enkelte psykisk utviklingshemmede

Nytt kapittel 6A i Sosialtjenesteloven, Rettigheter for og begrensning og kontroll med bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming vil bli iverksatt 1. januar 1999. Det vises til Ot.prp. nr. 58 (1994-95), Ot.prp. nr. 57 (1995-96) og

St.meld. nr. 26 (1997-98) der regelverket og de økonomiske konsekvensene av loven er grundig behandlet.

Fylkesmennenes utgifter i forbindelse med blant annet overprøving av de kommunale vedtakene og tilsyn med gjennomføringen av vedtakene er anslått til 26 nye årsverk og 10,8 mill. kroner pr. år. Utgiftene til eget klageorgan, fylkesnemndene for sosiale saker, er anslått til 5 mill. kroner per år. I beløpet er administrative kostnader og utgifter til godtgjøring av alminnelige og sakkyndige medlemmer og fylkesnemndsledere inkludert. Midlene til klageorganet vil bli stilt til rådighet for Barne- og familiedepartementet. Utgifter til en egen rådgivende gruppe som skal følge med i praktiseringen av loven er anslått til 1 mill. kroner pr. år. I beløpet er utgifter til møter, reiser og en fast sekretær inkludert. Til sammen 16,8 mill. kroner.

For øvrig vises til omtale under kap. 673, ny post 63.

Post 61 Oppfølging av ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming

1. Formål og oppgaver

Reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming ble innledet i 1991. Stortinget la til grunn en gjennomføringsperiode på 5 år (1991-95). Formålet med bevilgningen er å bidra til at kommuner med en overvekt av særlig ressurskrevende utviklingshemmede blir i stand til å gi et godt tilbud (innsatsmidlene) og å skjerme mot visse omfordelingsvirkninger i inntektssystemet (vertskommunetilskuddet).

Det ble tidligere fordelt midler til autismeprogrammet over denne bevilgningen. Fra 1999 foreslås innført et kompetansenettverk for autisme finansiert over nytt kap. 676 post 21. Utgifter i forbindelse med gjennomføringen av de nye reglene om rettigheter for og begrensninger og kontroll med bruk av tvang og makt m.v. overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming foreslås finansiert over kap. 673, post 01 og ny post 63.

2. Resultatrapportering og tilstandsvurdering

Pr. 1. juli 1998 var det 93 personer igjen på avviklingsinstitusjoner. Ved årsskiftet 1998/99 forventes det å være 24 personer som ikke har flyttet til et alternativt botilbud. Oppbyggingen av alternative botilbud for de som bodde på en HVPU-institusjon er i ferd med å bli sluttført. Utfordringen man står overfor nå er å bygge opp et alternativt botilbud for de voksne hjemmeboende som kan gjøre seg nytte av et slikt tilbud, samt å bygge opp et tilfredstillende dag- og fritidstilbud for mennesker med psykisk utviklingshemming. Det må arbeides kontinuerlig for at den enkelte person med psykisk utviklingshemming skal få et best mulig tilrettelagt tilbud, og så langt som mulig bli inkludert i samfunnet.

Kommunene har også i 1998 rapportert til departementet om status for tilbudet til mennesker med psykisk utviklingshemming. Det vil bli utgitt en ny rapport/rundskriv om gjennomføringen av ansvarsreformen med kommunevis oversikter, og nøkkeltall for landet som helhet. Hovedresultatene er følgende:

I kommunene er det registrert 19 700 psykisk utviklingshemmede i 1998, som er ca. 150 flere enn i 1997. Antallet som bor for seg selv er økt med vel 350 mens det ikke er endringer i tallet på personer som bor hjemme hos foreldre/pårørende. Som ved forrige rapportering er antall voksne hjemmeboende på vei nedover.

Årets rapportering viser at 10 200 personer med psykisk utviklingshemming fikk støttekontakt i 1997. Mens det ved forrige rapportering var en økning på over 400 personer fra foregående år, er det knapt noen endringer fra 1996 til 1997. Antall utviklingshemmede som ble omfattet av avlastning, har økt med 200 personer fra 1996 til 1997. Dette er en sterkere økning enn ved rapporteringen i 1997. Dekningsgraden for avlastning er nå på 64 pst. Vel 11 400 eller 85 pst. av alle psykisk utviklingshemmede over 20 år har et organisert tilbud på dagtid, enten i form av dagsentertilbud eller et arbeid/arbeidsmarkedstilbud. 465 personer mangler et dagtilbud utenfor eget hjem. Det er en viss økning fra året før. For 1.262 av de 8 400 utviklingshemmede som bor hos foreldre eller pårørende yter kommunene omsorgslønn pga. særlig tyngende omsorgsarbeid.

3. Satsingsområder og mål i 1999

Det aller meste av midlene til tiltak for psykisk utviklingshemmede overføres i 1999 gjennom inntektssystemet til kommunene og fylkeskommunene over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett. I tillegg videreføres 1 097,2 mill. kroner på Sosial- og helsedepartementets budsjett:

– Vertskommunetilskuddet foreslås videreført med til sammen 878,8 mill. kroner i 1999.

- Til innsatsmidler til kommuner med en overvekt av særlig ressurskrevende brukere foreslås 216,4 mill. kroner i 1999.
- Driftsmidler knyttet til engasjement på Vensmoen, 2 mill. kroner.

Innsatsmidlene, som spesielt skal gå til mindre kommuner med en overvekt av særlig ressurskrevende utviklingshemmede, videreføres på Sosial- og helsedepartementets budsjett i 1999. Det vil også i 1999 bli foretatt en del endringer i fordelingen av tilskuddet for å få til en god treffsikkerhet. I omtalen av programkategori 09.70 er det orientert om arbeidet med å se nærmere på finansieringsopplegget til kommuner med særlig ressurskrevende brukere generelt. Innsatsmidlene vil bli vurdert i denne sammenheng.

I 1996 ble det i samarbeid med organisasjonene som deltar i Sosialministerens sentrale samarbeidsgruppe for gjennomføringen av ansvarsreformen laget et opplegg for nedjustering av vertskommunetilskuddet og innlemming av midler i inntektssystemet som følge av at antallet tilflyttede utviklingshemmede i vertskommunene reduseres. Neste gjennomgang blir med virkning fra 2001.

Overføring av midler til kommunene

Stortinget vedtok ved behandlingen av kommuneøkonomiproposisjonen for 1998 at antall personer med psykisk utviklingshemning 0-15 år og 16 år og over skulle bli to nye kriterier i inntektssystemet fra 1998. En arbeidsgruppe med representanter fra Sosial- og helsedepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Kommunenes Sentralforbund (KS), Vertskommunesammenslutningen (LVSH) og Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU), har utarbeidet et system for rapportering m.v. fra den enkelte kommune om hvor mange psykisk utviklingshemmede som får kommunale tjenester. Målet er å sikre mest mulig lik praksis blant kommunene ved registreringen av antall psykisk utviklingshemmede i de to aldersgruppene.

Kommunenes administrasjon skal for interne formål lage en anonymisert liste over alle psykisk utviklingshemmede som er tildelt tjenester av kommunen hjemlet i sosialtjenesteloven og/eller kommunehelsetjenesteloven. Det forutsettes å være fattet enkeltvedtak. Kommunene sender inn til staten en oversikt over antall utviklingshemmede fordelt på antall psykisk utviklingshemmede 0-15 år og 16 år og over. Kommunerevisjonen blir kontrollinstans.

Kommunene har fått et rundskriv med de nye kravene til registrering mm, som gjøres gjeldende i forbindelse med rapporteringen av antallet utviklingshemmede som kommunene skal gjøre pr. 1. januar 1999. Rapportene pr. denne dato vil bli lagt til grunn som kriteriedata i inntektssystemet for år 2000. Kriteriedata om antallet personer til inntektssystemet for 1999 vil, på samme måte som for 1998, ta utgangspunkt i kommunenes allerede innsendte rapporter om status for tilbudet til utviklingshemmede pr. 1. januar 1998.

Vensmoen

Sosial- og helsedepartementet har forvaltningsansvaret for eiendommen Vensmoen i Saltdal kommune. Vensmoen er en tidligere HVPU-institusjon. Det er nedsatt en arbeidsgruppe med representanter fra Saltdal kommune, Nordland fylkeskommune, det lokale næringsliv og Sosial- og helsedepartementet som har til mandat bl.a. å legge til rette for at det kan skapes ny aktivitet i privat og/eller offentlig regi på Vensmoen, samt og komme med forslag om salg eller utleie for Sosial- og helsedepartementet.

Det er i 1998 gjennomført salg av deler av eiendommen.

Hovedutfordringen på Vensmoen i 1999 er disponeringen av hovedbygningen som er oppført i 1916 og er verneverdig.

Til å dekke driftsutgifter, knyttet til statens engasjement på Vensmoen og helt nødvendig vedlikehold i 1999 avsettes det 2 mill. kroner.

Post 62 Tilskudd til utskrivning av unge funksjonshemmede

1. Formål og hovedprioriteringer

Formålet med bevilgningen er å stimulere kommunene til at yngre funksjonshemmede i alders- og sykehjem som ønsker det får alternativt tilbud om bolig og tjenester. Det er kommunene som etter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven bestemmer om det skal gis tilbud om plass i sykehjem/aldershjem eller et annet tilbud, men staten kan stimulere til at andre tilbud velges. 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 tilbudet.

2. Resultatrapport og tilstandsvurdering

Det gis et treårig tilskudd på til sammen 600 000 kroner med følgende satser: Første året 300 000 kroner, andre året 200 000 kroner og tredje året 100 000 kroner. Fylkesmannen forvalter tilskuddsordningen og tildeler midler etter de regler som er lagt fram for Stortinget i St.prp. nr. 1 (1997–98).

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 55 personer i 1997. SSBs statistikk for institusjonene viser at det ved utgangen av 1997 var totalt 280 personer under 50 år i kommunale institusjoner. Dette er 50 færre enn i 1995. Denne statistikken gir kun et mål på antall personer innskrevet på et gitt telletidspunkt, og ikke hvor mange som har permanent opphold i institusjonen. I enkelte saker er det hensiktsmessig at yngre funksjonshemmede har kortere opphold i institusjon, f. eks. for rehabilitering. I tillegg til gruppen av yngre funksjonshemmede i kommunale institusjoner er det også en del personer innlagt i fylkeskommunale somatiske sykehjem. Det er innkommet om lag 35 nye søknader om tilskudd i 1998 innen søknadsfristen 15. august i år.

3. Satsingsområder og mål for 1999

Det er en målsetting å yte tilskudd til utflytting i inntil 100 nye saker i løpet av 1999. Tilskuddet på 600 000 kroner foreslås videreført i 1999. 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.

Erfaringene så langt viser at det ikke bare er økonomi som hindrer kommunene fra å skrive ut yngre funksjonshemmede fra institusjon. Manglende erfaring og kunnskap om utflyttingsprosessen, samt vansker med å finne gode praktiske løsninger for bo- og tjenestetilbud, bremser også takten i utflyttingen. For å oppfylle Stortingets målsettinger vil departementet i tillegg til å gi føringer i forbindelse med fordelingen av tilskuddet også sette i gang konkrete tiltak.

Fylkesmennene vil, i samarbeid med fylkeslegene, foreta en tettere oppfølging for å bidra til at yngre funksjonshemmede gis alternative tilbud. Videre vurderer departementet å iverksette oppsøkende virksomhet overfor kommuner som har relativt mange yngre funksjonshemmede i alders- og sykehjem for å informere beslutningstakere om praktiske løsninger som finnes for utflytting.

For enkelte yngre institusjonsbeboere er det ønskelig å prøve å bo utenfor institusjon før utflytting faktisk skjer. Oslo kommune v/Sunnaas sykehus og departementet har satt i gang et prosjekt der det tilbys yngre institusjonsbeboere opphold utenfor institusjon før endelig utflytting. Det tilbys utprøving av hjelpemidler og tjenesteopplegg, samt veiledning til hjemkommunene. Resultatet fra prosjektet har vært positive. 1,1 mill. kroner av bevilgningen foreslås benyttet til drift av treningsleiligheter til dette formål. Det vil bli tilbudt kommunene veiledningsmateriell og konsulentbistand til hjelp i utflyttingsprosessen. Tilbakemeldinger bl.a. fra Norges Handikapforbund tyder på at en del utflyttinger skjer til institusjonsliknede omsorgsboliger. Selv om dette er bedre tilpassede bolig enn aldersinstitusjoner vil departementet understreke at det så vidt mulig bør gis et botilbud i vanlige bomiljøer.

Post 63 (Ny) Begrenset bruk av tvang

Kommunenes utgifter knyttet til nytt kapittel 6A i sosialtjenesteloven, Rettigheter for og begrensning og kontroll med bruk av tvang og makt mv. overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming, er beregnet til totalt 108 mill. kroner per år. Det er lagt til grunn 800 vedtak om bruk av tvang pr år. Utgiftene til saksbehandling er anslått til 8 mill. kroner og utgiftene knyttet til at det skal være to tjenesteytere til stede ved bruk av tvang til 100 mill. kroner per år. Formålet med denne tilskuddsordningen er å kompensere for kommunenes merkostnadene ved kravet om to tjenesteytere. Ved fordelingen av midlene vil det ikke bli gitt tilskudd i takt med antall vedtak om bruk av tvang i enkeltsaker, da dette kan innebære et økonomisk incitament for valg av tjenesteløsninger som innebærer bruk av tvang.

Departementet antar at antall vedtak om bruk av tvang har sammenheng med antall personer med store atferdsproblemer, som igjen har sammenheng med antall voksne psykisk utviklingshemmede i den enkelte kommune. Departementet mener derfor at en øremerket tilskuddsordning som fordeles til kommunene i forhold til antall psykisk utviklingshemmede over 16 år, best ivaretar de ulike hensyn. Ordningen foreslås

administrert over Sosial- og helsedepartementets budsjett. Den foreslått ordningen vil bli vurdert i sammenheng med arbeidet til en interdepartemental gruppe ledet av Kommunal- og regionaldepartementet, som ser nærmere på finansieringen av tiltak for særlig ressurskrevende brukere.

Dette er et tilskudd der kontrollen er begrenset til å sjekke fordelingskriteriet. Det vil også bli innhentet data om antall vedtak om bruk av tvang. Departementet vil følge gjennomføringen av loven gjennom forskningsprosjekter i regi av Norges forskningsråd og gjennom rapportering fra fylkesmennene. Videre vil en rådgivende gruppe følge praktiseringen av loven. I tillegg til de årlige budsjettforslagene vil Sosial- og helsedepartementet legge fram en egen odelstingsproposisjon om saken mot slutten av den midlertidige lovens 3-årige virkeperiode.

For øvrig vises til omtale under kap. 673, post 01.

Post 64 Regionsentra for døvblindfødte

Midlene under post 64 foreslås overført til kap. 673, post 72 som ledd i organiseringen av et helhetlig kompetansesystem for døvblinde. Se omtale under kap. 673, post 72.

Post 65 Psykisk utviklingshemmede med sikringsdom, kan overføres

Formålet med bevilgningen er å støtte kommuner som har etablert kostnadskrevende tiltak for å ivareta omsorgen for og sikringen av psykisk utviklingshemmede med en sikringsdom. I 1997 ble det gitt tilskudd til 18 kommuner. Foreløpige tall for 1998 viser at det er søkt om støtte til i alt 21 psykisk utviklingshemmede med sikringsdom. Midlene fordeles av Sosial- og helsedepartementet etter søknader fra kommunene. Bruken av midlene kontrolleres gjennom budsjett og regnskap for kommunens utgifter knyttet den enkelte sikringsdømte.

Det ble i 1997 foretatt en omlegging av refusjonssatsen fra 70 pst. til 100 pst., og utgiftene til ordningen har økt vesentlig. I 1997 ble det utbetalt i alt 23,5 mill. kroner, og for 1998 er det bevilget 29 mill. kroner til ordningen. Beregnede kostnader for 1999 er på 31 mill. kroner.

En interdepartemental arbeidsgruppe, ledet av Kommunal- og regionaldepartementet, ser nærmere på finansieringen av tiltak for særlige ressurskrevende brukere av kommunale tjenester. Tilskuddsordningen vil bli vurdert i denne sammenheng.

Post 72 Tiltak for døvblinde

Kap 673 post 01 (de midlene som omfatter Statens sentralteam for døvblinde) og kap 673 post 64 foreslås slått sammen med kap 673 post 72.

En statlig arbeidsgruppe med representanter fra Sosial- og helsedepartementet, Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet., Statens sentralteam for døvblinde og Styret for landsdekkende statlige spesialpedagogiske kompetansesentra har i en rapport gitt tilråding til hvordan et helhetlig kompetansesystem for døvblinde kan organiseres. Arbeidsgruppen har underveis hatt drøftinger med brukerorganisasjonene, som har stilt seg positive til forslagene.

Departementet vil i samarbeid med Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet utvide ansvarsområdet til de fire kompetansesentrene for døvblindfødte, slik at de sammen med Huseby kompetansesenter for synshemmede og Eikholt senter for døvblinde utgjør grunnstrukturen i et felles kompetansesystem for hele døvblindegruppen. Det skal etableres en sentralenhet ved Skådalen kompetansesenter med landsdekkende koordineringsansvar. Selv om det er ulike behov for tiltak blant gruppen døvblindfødte og døvblindblitte, vil et felles nasjonalt kompetansesystem bedre kunne utnytte den samlede kompetanse og ressurser i fagmiljøet, og gi et mer helhetlig tilbud til brukerne. Målet er at døvblindesektoren skal framstå som et samordnet og brukerrettet tilbud med klare faglige og økonomiske styringslinjer og nødvendige avgrensinger i forhold til kommunale og fylkeskommunale arbeidsoppgaver. Styret for landsdekkende statlige spesialpedagogiske kompetansesentra vil bli tillagt ansvaret for samordning av virksomheten.

1. Formål og hovedprioriteringer

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

generell veiledning. Bevilgningen skal også sikre drift av Eikholt senters tilbud til døvblinde.

2. Resultatrapport og tilstandsvurdering

Det finnes i dag fire regionale kompetansesentra knyttet til Solveigs Hus Hjemmet for døve, Andebu, Vestlandet kompetansesenter, Bergen og Regionssenteret i Nord-Norge, Tromsø. Skådalen har i tillegg et landsdekkende koordinerende ansvar. Sentrene i Troms og Andebu har opprettet egne boenheter for personer som har behov for et spesielt tilrettelagt varig bo- og tjenestetilbud. Det ordinære bo- og tjenestetilbudet finansieres av beboernes hjemkommuner, mens det i tillegg ytes spesialiserte tjenester fra sentrene.

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

Eikholt senter er et bo- og kurscenter med blant annet kursopplegg, rehabiliteringstilbud og ferieopphold for døvblinde fra hele landet. Senteret har også leiligheter for fastboende døvblinde, men kostnadene til driften av dette tilbudet er et kommunalt ansvar. Bevilgningen har vært brukt til drift av senteret og til dekning av utgifter til tolk/ledsager ved kurs som gjennomføres ved senteret. Bruken av midlene kontrolleres gjennom årlige virksomhetsplaner, budsjetter, regnskap og årsmeldinger.

I tillegg har det i 1997 vært ytt midler til å øke kommunenes kompetansene i forhold til døvblindes behov.

3. Satsingsområder og mål for 1999

Sosial- og helsedepartementet og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet tilrår at det etableres et felles kompetansesystem for døvblindfødte og døvblindblitte og at ny struktur gjøres gjeldende fra 1. januar 1999. Samtidig opphører Statens sentralteam for døvblinde som egen etat, og ressursene legges inn i kompetansesystemet. De oppgaver og ressurser som har vært knyttet til Foreningen Norges Døvblindes kontakttjeneste overføres til kompetansesystemet i 1999, jfr. St.prp. nr. 1 (1997-98). Eikholt vil som en del av kompetansesystemet, fortsatt være et bo- og kurscenter for døvblinde og et møtested for døvblinde og deres pårørende. Senteret tildeles et spesielt ansvar for rehabiliteringsopphold.

Det tildeles midler fra Sosial- og helsedepartementets kap. 673 post 72 og fra Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementets kap 243, post 01. Departementene vil koordinere sine styringssignaler gjennom tildeling av midler og krav til rapportering. Det vil også skje en koordinering gjennom den funksjon Styret for landsdekkende statlige spesialpedagogiske kompetansesentra vil bli tillagt. Sentralenheten skal i 1999 ha et spesielt fokus på etablering av rutiner for koordinering av aktiviteten ved regionsentrene og utarbeidelse av enhetlige rutiner for henvisning.

Betinget tilsagn om tilskudd

Sosial- og helsedepartementet garanterer for eventuelt inntektsbortfall med inntil 5 mill. kroner når plasser ved botilbudet blir stående tomme ved Hjemmet for døve og ved Regionssenteret i Nord-Norge med inntil 2 mill. kroner (jfr. forslag til romertallsvedtak).

Post 73 (Ny) 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). Det foreslås overført 12,3 mill. kroner fra bevilgningen til Handlingsplanen for funksjonshemmede (kap. 674, post 21) til denne posten.

1. Formål og oppgaver

Likemannsarbeidet er bl.a å etablere kontakt mellom foreldre som nylig har fått et barn med funksjonshemming og foreldre som har erfaring, besøkstjeneste fra erfarne funksjonshemmede til nyblitte funksjonshemmede som f.eks trafikkskadde, selvhjelpsgrupper for personer med samme funksjonshemming, støttegrupper for funksjonshemmede under yrkesmessig attføring og jobbsøkerklubber.

Tilskuddet går etter søknad til organisasjoner av funksjonshemmede. Midlene fordeles av samme nemnd som fordeler midlene til funksjonshemmedes organisasjoner (kap 673

post 75). Det er utarbeidet retningslinjer for tildelingen, og organisasjonene har regnskaps- og rapporteringsplikt for disse midlene.

Midlene går ikke til drift av organisasjonene, men til å dekke likemennenes utgifter til virksomheten og til opplæring av likemenn blant annet i kommunikasjon, krisehåndtering og hjelp til vurdering av skille mellom oppgaver som likemennene kan gjøre og hvilke som må henvises til fagpersoner etc.

2. Resultatrapport og tilstandsvurdering

I 1998 er bevilgningen på 12 mill. kroner hvorav ca. ¼ er forbeholdt likemannsarbeid i forhold til yrkesrettet attføring og arbeid. Pr. 12. august 1998 er det gitt tilsagn om tildeling av midler til likemannsarbeid i forhold til yrkesrettet attføring på nærmere 3 mill. kroner. De øvrige midlene går til en rekke andre likemannsaktiviteter.

3. Satsingsområder og mål for 1999

Tilskuddsordningen foreslås videreført på samme måte som i 1998 og med om lag samme forholdsmessighet når det gjelder tildeling til likemannsarbeid knyttet til yrkesmessig attføring og arbeid, og andre formål.

Post 75 Tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner

1. Formål og oppgaver

Formålet med bevilgningen er å styrke funksjonshemmedes organisasjoners mulighet for å drive interessepolitisk arbeid, og til å gi service til egne medlemmer. Funksjonshemmedes organisasjoners virksomhet er helt sentral for å sikre brukermedvirkning i utvikling av tiltak og tjenester, og for å fremme funksjonshemmedes interesser i samfunnet.

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

Sosial- og helsedepartementet fastsetter tilskuddet til paraplyorganisasjoner. Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) er godkjent som paraplyorganisasjon i 1998. FFO har 56 medlemsorganisasjoner.

De resterende tilskuddsmidlene stilles til rådighet fra Fordelingsnemnda til fylkeslegene som fordeler til lokale tiltak for funksjonshemmede.

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

Sekretariatsoppgaver for fordelingsnemnda er fra 1. januar 1998 knyttet til Etaten for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v., se kap. 604.

Innen rammen av retningslinjene for tildeling, herunder regnskapsplikt, er det opp til organisasjonene selv å prioritere og organisere sin virksomhet.

2. Resultatrapport og tilstandsvurdering

8 nye organisasjoner er godkjent som tilskuddsberettigede i 1998. Etter dette får 98 organisasjoner tilskudd. Fordelingsnemnda gir også tilskudd til tiltak for funksjonshemmede i regi av ulike frivillige organisasjoner.

Sosial- og helsedepartementet fastsatte tilskuddet til FFO for 1998 til 6 mill. kroner.

Fordelingsnemnda har vurdert erfaringene med fordelingsopplegget og utredet alternative retningslinjer for ordningen som fanger opp endringene i organisasjonsstrukturen. Her blir bl.a. spørsmålet om finansiering av paraplyorganisasjoner vurdert. Nemndas utredning er for tiden til høring i organisasjonene. Eventuelle endringer i retningslinjene for tilskuddsordningen vil kunne iverksettes fra år 2000.

3. Satsingsområder og mål for 1999

Det legges opp til videreføring av tilskuddsordningen på samme nivå som i 1998. Tilskuddet til paraplyorganisasjonen FFO foreslås satt til 6,15 mill. kroner.

KAP. 674 HANDLINGSPLAN FOR FUNKSJONSHEMMEDE

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	76 966	82 780	52 700
60	Tilskudd til assistenter for funksjonshemmede	9 575	20 000	35 000
61	Tilskudd til hørselssentraler	2 331		
	Sum kap. 0674	88 872	102 780	87 700

Post 21 Spesielle driftsutgifter, kan overføres

Bevilgningen skal benyttes til spesielle tiltak i den reviderte handlingsplanen for funksjonshemmede.

En rekke tiltak i de to tidligere handlingsplanene er nå vedtatt gjort permanente, og midlene til disse formålene foreslås overført til andre kapitler og poster. Det foreslås følgende overføringer fra kap. 674, post 21:

- 12 170 000 kroner overføres til nytt kap. 676, post 70 Kompetansesentra for små og mindre grupper funksjonshemmede.
- 12 312 000 kroner overføres til kap. 673, ny post 73 Tilskudd til likemannsarbeid.
- 32 750 kroner overføres til nytt kap 676, post 01 Driftsutgifter (Kompetansesentra for små og mindre kjente grupper funksjonshemmede).

1. Formål og oppgaver

Handlingsplanen for funksjonshemmede 1998-2001 legger spesielt vekt på tilrettelegging av samfunnet, brukervedvirkning og samfunnsplanlegging. I tillegg inngår en handlingsplan for økt sysselsetting av funksjonshemmede.

2. Resultatrapport og tilstandsvurdering

Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede 1998-2001 er stort sett fulgt etter planen. I 1998 er det utarbeidet en stortingsmelding om revidert handlingsplan for funksjonshemmede 1998-2001. Meldingen legges fram på samme tid som regjeringens forslag til statsbudsjett for 1999. Bl.a. er det arbeidet med følgende tiltak i 1998:

Planlegging- og brukervedvirkning

Miljøverndepartementet har hovedansvaret for et utviklingsprogram som skal sikre funksjonshemmede brukervedvirkning i planlegging for tilrettelegging av nærmiljøet. Representanter fra funksjonshemmedes organisasjoner, departementer og KS utgjør en referansegruppe. Funksjonshemmedes organisasjoner og Rådet for funksjonshemmede har hatt utkastet til stortingsmelding om den reviderte handlingsplanen for funksjonshemmede på begrenset høring og har kommet med innspill.

Et tilgjengelig samfunn

Det er arbeidet med ulike tiltak for å skape et mer tilgjengelig samfunn. I tråd med de tidligere handlingsplanene har satsingen omfattet et bredere felt enn FN's standardregler for tilgjengelighet. Som eksempler nevnes:

- Departementet og Statens Informasjonstjeneste har utgitt veileder om tilrettelegging av offentlig informasjon over internett for synshemmede.
- Det skjer en utprøving av ny teknologi for å gjøre NRKs fjernsynsprogrammer tilgjengelig for hørselshemmede bl.a. gjennom automatisk løpende teksting og større bruk av døvetolk.
- Et flermedieprosjekt ("Et samfunn for alle") om rettigheter, tilgjengelighet og holdninger til funksjonshemmede er startet. Målgruppene er beslutningstakere i kommunene og funksjonshemmede og deres pårørende.
- Det er startet kompetanseoppbygging og spredning av informasjon og kunnskap om bl.a. kognitiv rehabilitering (KreSS-prosjektet, Sunnaas sykehus)
- Det er igangsatt prosjekter om innvandrere med funksjonshemning
- Det er igangsatt prosjekter knyttet til informasjonsteknologiske hjelpemidler

3. Satsingsområder og mål for 1999

I Stortingsmeldingen om den reviderte handlingsplanen legger regjeringen spesielt vekt på planlegging og brukervedvirkning, funksjonshemmedes rettigheter, et tilgjengelig samfunn og yrkesaktivitet for funksjonshemmede. Satsingen vil ligge innenfor i alt 11 departementers virkeområder. På Sosial- og helsedepartementets budsjett er det en samlet økning på 66 mill. kroner til tiltak som omtales i handlingsplanen. De økte midlene skal bl.a. brukes til følgende tiltak: forsøk med omsorgslønn, personlig assistenter (se omtale kap. 674, post 60), tilgjengelighet på trygdekontorene og brukervedvirkning i trygdeetaten (se omtale under kap. 2600), tolke- og tekstprosjekter i NRK, redusert egenbetaling for høreapparater (se omtale under kap. 2663), funksjonshemmede og aldring, tegnspråkopplæring, heve aldersgrensen for omsorgspenger for foreldre til funksjonshemmede og alvorlig syke barn (se omtale i kap. 2650, post 70). Handlingsplanen vil også omfatte et prosjekt om styrket desentralisert brukerveiledning. Stortingsmeldingen legger vekt på å øke tiltakene for funksjonshemmede innenfor den ordinære virksomheten. FNs standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemning skal legges til grunn for arbeidet. Regjeringen vil sette ned et offentlig utvalg som bl.a. skal vurdere funksjonshemmedes rettigheter.

Tabell: Særlige bevilgninger på Sosial- og helsedepartementets budsjett til tiltak i handlingsplanen (i 1000 kroner):

Tiltak	Kap./post	Handlingsplan som ble vedtatt i 1997 for perioden 1998-2001	Økning av bevilgning i revidert handlingsplan for perioden 1998-2001	Samlet bevilgning til handlingsplan for perioden 1998-2001 (St.meld.)
Videreføring av tiltak	0674.21	25 000		27 700 ^{*)}
Nye tiltak	0674.21		25 000	25 000
Personlig assistent	0674.60	20 000	15 000	35 000
Tilgjengelighet på trygdekontor.....	2600		4 000	4 000
Brukermedvirkning i trygdeetaten.	2600		8 000	8 000
Hevet aldersgrense for omsorgspenger fra 16 - 18 år	2650.70		12 000	12 000
Fritak for egenandel for digitale høreapparat til barn	2663		2 000	2 000
Sum		45 000	66 000	113 700

^{*)} inkl. prisjustering

Post 60 Tilskudd til assistenter for funksjonshemmede**1. Formål og oppgaver**

Brukerstyrt personlig assistanse er en alternativ organisering av ulik praktisk og personlig bistand for sterkt funksjonshemmede som har behov for assistanse i dagliglivet både i hjemmet og til ulike aktiviteter utenfor hjemmet. Det som særpreger tjenesten er at brukeren gjennom blant annet å inneha arbeidslederrollen, påtar seg større ansvar for organisering og innhold i forhold til sine behov. Tjenesten er en del av de samlede kommunale omsorgstjenestene, men knyttes til personen og ikke til boligen. Evalueringen fra både Østlandsforskning og Ressurssenter for Omsorgstjenester viser svært positive tilbakemeldinger fra både brukere, assistenter og kommuner. Brukerne har uttrykt stor tilfredshet ved at ordningen har medført en bedre forutsigbarhet, mindre avhengighet av pårørende og større fleksibilitet og mulighet for å leve et selvstendig liv.

2. Resultatrapport og tilstandsvurdering

I 1998 ble tilskuddet på 20 mill. kroner fordelt på 301 brukere i 192 kommuner i alle fylker. Blant disse var det 121 nye brukere og 180 var videreføring fra tidligere år. Interessen for ordningen har vært klart økende.

3. Satsingsområder og mål for 1999

For 1999 foreslås bevilgningen til personlige assistenter for funksjonshemmede økt med 15 mill. kroner. Bevilgningen vil totalt bli på 35 mill. kroner. I 1999 vil tilskudd som allerede er gitt til godkjente brukere bli videreført samtidig som bevilgningen gir rom for ca. 190 nye brukere i 1999.

Departementet tar sikte på å fremme en lovproposisjon om endring i sosialtjenesteloven som innebærer at kommunene får en plikt til å etablere ordningen med brukerstyrt personlig assistent på linje med andre sosiale tjenester.

KAP. 675 TILTAK FOR ELDRE OG FUNKSJONSHEMMEDE

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter			10 000
21	Spesielle driftsutgifter		20 935	22 950
70	Tilskudd til spesielle formål		11 165	13 450
71	Tilskudd til frivillighetssentraler		46 300	
	Sum kap. 0675		78 400	46 400

Overført fra 1997 til 1998:

Post 21: 573 000 kroner

Tilskuddet til frivillighetssentralene foreslås flyttes til kap 604, post 70, jfr. Innst.S. nr. 11 (1997-98).

Post 01 Driftsutgifter

Midler til fylkesmenn, fylkeslegers og departementets oppfølging av handlingsplanen for eldreomsorg, til sammen 10 mill. kroner, foreslås overført fra kap. 670 post 61 til kap. 675 post 01. Midlene til fylkesembetene stilles til rådighet for fylkesmennene som har ansvaret for å forvalte tilskuddet, herunder fordele midler til fylkeslegene.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen omfatter midler som skal gå til informasjons- og FOU- og kompetanseutviklingsformål knyttet til pleie- og omsorgstjenestene, og politikk i forhold til eldre og funksjonshemmede. Bevilgningen er delt i en informasjonsdel og en FOU-del.

1. Formål og hovedprioriteringer

- Informasjonsvirksomhet knyttet til pleie- og omsorgstjenesten og tiltak for eldre og funksjonshemmede, herunder arbeidet med mennesker med psykisk utviklingshemning.
- Forsøks- og utviklingsarbeid og kompetansehevende tiltak innen pleie- og omsorgssektoren.

Midlene til informasjonsvirksomheten benyttes til kurser, 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 kurser og konferanser om sosialfaglige spørsmål på regionalt nivå.

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

2. Resultatrapportering og tilstandsvurdering*Informasjonsvirksomheten*

- For 1998 er midlene bl.a. benyttet til veilednings- informasjons- og kompetansehevingstiltak i forbindelse med oppfølgingen av Handlingsplanen for eldreomsorgen.
- Det er avholdt kurs om bl.a. rettssikkerhetsspørsmål, bruk av tvang og makt og ansvarsreformen.

- Fylkesmannen i Finnmark har hatt veiledningsvirksomhet vedr. tilrettelegging av pleie- og omsorgstjenestene for den samiske befolkning.
- Tilskudd til informasjon og kurs som har omhandlet tilrettelegging av tiltak for funksjonshemmede.

Søknader Sosial- og helsedepartementet mottar og rapporter fra fylkesmennene viser at det bl.a. er behov for omfattende informasjonsvirksomhet om rettssikkerhetsspørsmål og regelverk, spesielt knyttet til funksjonshemmede.

FOU- og kompetanseutviklingsvirksomheten

Prosjekter som avsluttes i løpet av 1998:

- Utviklingsprogram for eldresentra i regi av NOVA
- Forsøksprosjekt om omsorg for eldre og funksjonshemmede innvandrere i regi av Norsk folkehjelp
- Forskningsprogrammet om tater i regi av Norges forskningsråd

3. Satsingsområder og mål for 1999

Informasjonsvirksomheten

De sentrale satsingsområdene i 1999 er:

- Informasjonsvirksomhet knyttet til eldre vil bli prioritert som et ledd i videreføringen av handlingsplanen for eldreomsorg.
- Reglene om begrenset bruk av tvang overfor enkelte psykisk utviklingshemmede trer i kraft 1. januar 1999. Det vil være behov for en omfattende informasjonsvirksomhet på dette området.

FOU og kompetanseutviklingsvirksomheten

Viktige områder i 1999 er:

- Som ledd i oppfølgingen av Handlingsplanen for eldreomsorg vil det bli arbeidet videre med å utvikle og forbedre statistikk- og rapporteringssystemene.
- Bedre kunnskap om kompetansebehov og rekrutteringspotensiale i pleie- og omsorgstjenesten.
- Videreføring av arbeidet med å kartlegge levekår og livskvalitet for eldre og funksjonshemmede.
- Funksjonshemmede og aldring. Det har vært lite kunnskapsutvikling på feltet og forskning, forsøk og utviklingsarbeid vil bli prioritert.
- Innvandrermeldingen vil bli fulgt opp gjennom igangsetting av prosjekter om eldre og funksjonshemmede innvandrere.
- Undersøkelse i regi av Norges forskningsråd av levekårene for psykisk utviklingshemmede 10 år etter ansvarsreformen.
- Kartleggings- og utviklingsprosjekter knyttet til tjenester for funksjonshemmede med store adferdsproblemer.
- Forsøksprosjekt med omsorgslønn for foreldre med funksjonshemmede barn.

Prosjekter som ble startet opp i 1998, og som vil bli videreført i 1999:

- Kompetanseutvikling for helse- og omsorgspersonell.
- Kunnskapsutvikling og nettverksbygging mellom kommuner som har ansvar for psykisk utviklingshemmede med sikringsdom.
- Forsøksprosjekt med eldreombud og omsorgsombud. Tilretteleggingen av forsøksprogrammet startet i 1998, og programmet vil komme i gang i 1999.
- Forskning for funksjonshemmede videreføres som en del av oppfølgingen av Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede.
- Forskningsprosjekt knyttet til iverksettingen av reglene om begrensninger og kontroll med bruk av tvang overfor psykisk utviklingshemmede.
- På bakgrunn av utviklingen når det gjelder kvinners sykefravær og et stigende antall uføretrygdete relativt unge kvinner, har Sosial- og helsedepartementet startet opp et prosjektprogram rettet mot arbeidsplasser i pleie- og omsorgssektoren i kommunene.

Post 70 Tilskudd til spesielle formål

Tilskudd til telefonvirksomhet m.m.

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

Kirkens SOS i Norge mottok i 1998 7 348 000 kroner til drift av et landsomfattende nett av krisetelefoner. Midlene brukes til rekruttering og opplæring av frivillige telefonoperatører og til drift av 13 regionsentre. I 1997 mottok Kirkens SOS 6 682 000 kroner i tilskudd til telefonvirksomhet m.m. Statstilskuddet utgjorde 92 pst. av de samlede driftsutgiftene for Kirkens SOS i 1997. I 1997 var det omlag 1200 frivillige som gjorde telefontjeneste. SOS-sentrene mottok i 1997 omlag 125 000 henvendelser, en økning på 12 pst. fra året før.

Organisasjonen Telefonkontakt mottok i 1998 922 000 kroner til arbeidet med å etablere telefonkontakttjenester lokalt. Gjennom informasjons- og opplæringsvirksomhet skal organisasjonen bidra til slik etablering og derigjennom sikre at hjemmeboende eldre og funksjonshemmede får tilbud om telefonkontakt. I tillegg til den statlige bevilgningen mottar Telefonkontakt også driftsstøtte fra Oslo Kommune.

Frelsesarmeens besøks- og telefonkontakttjeneste, Frelsesarmeens ettersøkning, og Norsk helse- og sosialforum mottok til sammen 370 000 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 1999.

Internasjonale sosiale formål

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

Europarådet

Sosial- og helsedepartementet yter tilskudd til utvikling av det internasjonale samarbeidet på det sosiale området i Europarådet. Norge ble fra 1997 fullt medlem av delavtalen på det sosiale- og helsemessige område, og deltar i komite for integrering og rehabilitering av personer med funksjonshemminger. En gjennomgang av europeisk lovgivning om diskriminering av funksjonshemmede, vil bli avsluttet i løpet av 1998. Et prosjekt om vold og overgrep mot funksjonshemmede starter opp i 1999.

EØS/EU

Gjennom EØS-avtalen har Norge deltatt i EU-aktiviteter vedrørende eldre og funksjonshemmede. Pga. interne forhold i EU har slikt samarbeid ikke kunne gjennomføres siste år. Grunnlaget for fortsatt samarbeid er foreløpig ikke avklart.

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

FNs internasjonale eldreår

FNs generalforsamling vedtok i 1992 at året 1999 skal være internasjonalt eldreår. Målet for FN-året er "Et samfunn for alle generasjoner". Markeringene av året skal fremme FNs prinsipper for eldre i verden, omsatt i politikk og i praktisk program og handlinger. Situasjonen for eldre, herunder retten til deltaking og retten til pleie/omsorg, livslang læring og utvikling, solidaritet mellom generasjonene og eldresituasjonen i Baltikum og Barentsregionen er blant de temaene som vil stå sentralt. I tilknytning til FN's internasjonale eldreår vil departementet gjennomføre en informasjonskampanje som foreløpig kalles "Planlegg din bosituasjon som gammel". Kampanjen ble omtalt i St.meld. nr. 50 (1996-97). Markeringen vil videre fokusere på lokal deltakelse, synliggjøring av eldre som ressurs samt å se på livsløpsperspektivet. Det er etablert en nasjonal komité ledet av Sosialministeren og bestående av representanter fra Sosial- og helsedepartementet, Utenriksdepartementet, Statens eldreråd, FRISAM og en rekke frivillige organisasjoner. Det foreslås bevilget 2 mill. kroner for 1999.

Post 71 Tilskudd til frivillighetssentraler

Bevilgningen foreslås flyttet til kap. 604, post 70, jfr. Innst. S. 11 (1997-98).

KAP. 676 KOMPETANSESENTRA FOR FUNKSJONSHEMMEDE (NYTT)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter			33 050
21	Kompetansesystem for autister			10 000
70	Kompetansesentra m.m.			45 050
	Sum kap. 0676			88 100

En rekke av tiltakene under de tidligere Handlingsplanene for funksjonshemmede er nå vedtatt/foreslått gjort permanente fra 1999. Det gjelder bl.a. de landsdekkende kompetansesentrene for små og mindre kjente grupper funksjonshemmede. Koordineringen av arbeidsoppgaver mellom sentrene og andre som arbeider med sjeldne diagnosegrupper ivaretas av Etat for rådssekretariater m.m., se omtalen under kap. 604. Nord-norsk IT-enhet (NONITE) og ordningen med funksjonsassistenter foreslås også overført til dette kapitlet. Midlene til tiltakene foreslås flyttet ut av handlingsplanbevilgningen (kap. 674, post 21) og over på egne poster på nytt kap. 676, post 01 og 70.

12 170 000 kroner til kompetansesentra for små og mindre grupper funksjonshemmede er foreslått overført fra kap. 674, post 21 til kap 676, post 70.

32 750 000 kroner til kompetansesentra for små og mindre kjente grupper funksjonshemmede er foreslått overført fra kap. 674, post 21 til kap. 676, post 01.

32 960 000 kroner til kompetansesentra for små og mindre grupper funksjonshemmede er foreslått overført fra kap. 2711, post 74 til kap. 676, post 70.

På bakgrunn av erfaringene med autismeprogrammet under ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemning foreslås programmet videreført som et permanent kompetansenettverk fra 1999. 10 mill. kroner foreslås tatt ut av ansvarsreformbevilgningen kap. 673, post 61, og lagt over på kap. 676, ny post 21.

Post 01 Driftsutgifter**Kompetansesentra for små og mindre kjente grupper funksjonshemmede****1. Formål og oppgaver**

Med små og mindre kjente grupper funksjonshemmede menes medfødte tilstander med sammensatte funksjonsproblemer, som maksimalt utgjør 100 kjente individer pr. mill. innbyggere, og som har behov for tverrfaglige og tverretatlige tiltak. I Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede 1990 - 1997 ble det utprøvd ulike modeller for kompetansesentra for små og mindre kjente grupper funksjonshemmede. Disse videreføres nå som permanente tiltak. Sentrene skal bygge opp livsløpskompetanse på angitte diagnoser og gi informasjon, rådgivning og veiledning til sine brukergrupper, pårørende og til fagpersoner i brukernes lokalmiljø. Kompetansen skal spres til aktuelle instanser som barnehager, skoler, sosial- og helsetjenesten, trygdeetaten, arbeidsmarkedsetaten oa. Avhengig av hvilke diagnosegrupper sentrene har ansvar for vil arbeidsoppgavene variere. Noen grupper trenger individuelle behandlings-/rehabiliteringsopphold, mens andre klarer seg med informasjon og rådgiving. I tillegg til kurs for brukerne og pårørende skal sentrene gi kurstilbud til fagpersoner.

Bevilgningen omfatter følgende:

- Tannhelsekompetansesenter for sjeldne medisinske tilstander (TAKO), Universitetet i Oslo
- Senter for sjeldne sykdommer og syndromer (SSSS), Rikshospitalet
- Trenings- og rådgivningssenteret (TRS), Sunnaas sykehus

2. Resultatrapportering og tilstandsvurdering

Tannhelsekompetansesenteret (TAKO) ved Det Odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo har økende antall henvendelser fra tannhelsetjenesten og fra medisinske miljøer som habiliteringstjenesten i fylkene. Brukergruppene representerer over 200 ulike diagnoser. I 1997 ble det gitt 1041 konsultasjoner fordelt på 610 brukere. TAKO mottok 4 046 telefonhenvendelser fra bl.a. tannhelsetjenesten, brukere og pårørende som krevde oppfølging.

Samarbeidet med tannhelsetjenesten er kommet meget godt i gang. Det er en økende erkennelse av at sjeldne diagnosegrupper ofte har spesielle tannhelseproblemer som skyldes den medisinske grunnlidelsen. Det er etablert et samarbeid mellom Institutt for blødere og TAKO for å kunne gi sosialmedisinsk bistand til de mest sjeldne tilstandene som ellers ikke har noen spesiell instans å forholde seg til. I 1997 omfattet dette 7 diagnosegrupper.

Senter for sjeldne sykdommer og syndromer (SSSS), Rikshospitalet, gir informasjon og rådgivning i forhold til 22 diagnosegrupper fra og med 1998, 7 diagnosegrupper flere enn tidligere. I 1997 var det 686 henvendelser vedrørende 351 brukere. 53 pst. kom fra brukere og pårørende og 37 pst. fra fagfolk utenom Rikshospitalet. Totalt var det pr. 31. desember 1997 registrert 835 brukere med de ulike diagnosene.

Det utgis oppfølgingsveiledere for hver diagnosegruppe som kan anvendes av fagpersoner på brukernes hjemsted. Det er utviklet informasjonsmaterieell på video om flere av gruppene. Det er startet kartleggingsarbeid om aldring og sjeldne diagnoser, om forholdene for flere av diagnosegruppene, og et eget internettprosjekt for ungdom. Senteret samarbeider med Frambu om informasjonsopphold for gruppene

Trenings- og rådgivnings senteret (TRS), Sunnaas sykehus gir tilbud til 5 diagnosegrupper og har startet kompetanseoppbygging vedrørende to nye grupper som skal få fullt tilbud fra 1999. I alt var det registrert 774 brukere ved utgangen av 1997. I 1997 var det 98 individuelle opphold med 419 liggedøgn og 144 gruppeopphold med 624 liggedøgn. I tillegg kommer pårørende med 173 opphold og 702 liggedøgn. Totalt mottok TRS 850 henvendelser i 1997 hvorav 69 pst. kom fra brukere og pårørende og 21 pst. fra fagpersoner i helse-, skole- og andre fagmiljøer. Senteret gir gruppeopphold både for hver enkelt diagnose og opphold som går på tvers av de fem diagnosegruppene, f.eks. ungdomssamlinger. De gir i tillegg individuelle opphold som ledd i rehabilitering. Det er opprettet en omfattende database med livsløpsinformasjon om de fem diagnosegruppene. Dette materialet er enestående i verdenssammenheng, og TRS har fortsatt med å presentere data på internasjonale møter og publisere i norske fagtidsskrifter. Informasjonsmaterieell for diagnosegruppene er ferdig og arbeidet med oppfølgingsveiledere er startet.

3. Satsingsområder og mål for 1999

Virksomheten ved de tre sentrene vil videreføres på samme måte som i 1998. Etaten for rådssekretariatet, enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver mv. vil arbeide videre med utvikling av kompetansetilbudet for sjeldne diagnosegrupper av funksjonshemmede. Se omtale under kap. 604.

TRS vil bli videreført ved Sunnås sykehus, men staten vil overta ansvaret fra 1.juli 1999.

Post 21 (Ny) Kompetansesystem for autister

Programmet for utvikling av kompetanse om autisme startet opp i 1993 som et 5-årig utviklingsprogram. Det overordnede målet for programmet har vært:

- å bidra til at den faglige kompetanse om autisme i landet blir hevet i løpet av programperioden og sikret for fremtiden.
- å beskrive, bygge opp og evaluere et landsomfattende kompetansesystem.

I programperioden er det igangsatt delprosjekter for å utvikle kompetansen på autisme i alle landets fylker. I alt 88 delprosjekter er igangsatt og ca. 240 fagfolk har vært involvert i prosjektarbeidet. Samtidig har det blitt arbeidet med å bygge opp fagmiljøer med spesialkompetanse i hele landet som skal gå inn i et varig kompetansenettverk.

En evaluering av programmet slår fast at en har fått en positiv kompetanseutvikling i fylkene, og at det bør være grunnlag for å igangsette et varig kompetansenettverk. Programmet for utvikling av autismskompetanse foreslås videreført som et varig kompetansenettverk fra 1999 i et samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet. Nettverket skal gi tilbud og tjenester til mennesker med autisme i alle deler av landet. Det skal være et nettverk med en sentral faglig enhet og fagmiljøer rundt i landet blir tillagt spesielle funksjoner utfra deres spisskompetanse, omtalt som knutepunkter. Den sentrale faglig enheten legges til Universitetet i Oslo.

Kompetansenettverket foreslås videreført med 11 mill. kroner. 10 mill. kroner foreslås dekket over Sosial- og helsedepartementets budsjett gjennom overføring av midler fra kap. 673, post 61 til kap. 676, ny post 21. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet vil innenfor eksisterende ressursramme under kap. 243 nytte ett årsverk ved hvert av de seks kompetansesentrene med knutepunktfunksjoner og nytte 1 mill. kroner til dette kompetansenettverket.

Kompetansenettverket vil rapportere til departementene gjennom planer, årsmeldinger og regnskap. Det vil bli lagt opp til evaluering av kompetansenettverket.

Post 70 (Ny) Kompetansesentra m.m.

Det foreslås opprettet en ny post til enkelte tiltak som videreføres fra den tidligere Handlingsplanen for funksjonshemmede og som skal finansieres over statsbudsjettet. 12,17 mill. kroner foreslås flyttet fra kap 674 post 21. I tillegg foreslås 32,96 mill. kroner flyttet fra kap 2711 post 74 som er andelen av bevilgningen som har gått til "smågruppesentrene" Institutt for blødere og Frambu. (Bevilgningen skal dekke drift av flere landsdekkende tilbud for små og mindre kjente grupper funksjonshemmede. Dette gjelder Frambu, Institutt for blødere og ulike kompetanseutviklingstiltak for sjeldne og mindre kjente grupper funksjonshemmede. Den skal også dekke videreføring av et kompetanse-/samhandlingsnettverk for formidling av datatekniske hjelpemidler i Nord-Norge (NONITE), og fullføringen av utprøvingen av ordningen med funksjonsassistenter til sterkt bevegelseshemmede som ønsker å være yrkesaktive.

1. Resultatrapport og tilstandsvurdering

a) Frambu

Frambu har fra 1995 gitt tilbud til 39 sjeldne diagnosegrupper etter avtale med departementet. Noen av diagnosegruppene er det bare Frambu som gir tilbud til. Smågruppesenteret på Rikshospitalet og Institutt for blødere samarbeider med Frambu om informasjonsopphold for "sine grupper". I 1997 deltok 510 barn med ulike diagnoser, 78 voksne med diagnosene og 671 pårørende på opphold. I tillegg deltok 139 fagpersoner på deler av oppholdene sammen med "sine brukere". 18 fagseminarer med til sammen 653 deltagere er avholdt i 1997. Det har vært 1543 henvendelser om informasjonsmateriell, 32 pst. av henvendelsene fra pårørende, 30 pst. fra helsetjenesten, 26 pst. fra skole, barnehage og PPT. I 1999 blir to av diagnosegruppene overført til TRS, og det skal vurderes hvilke nye grupper som skal få tilbud fra Frambu.

b) Institutt for blødere (IFB)

IFB ga i 1997 tilbud til blødere og personer med cystisk fibrose. I tillegg samarbeidet de med TAKO-senteret om sosialmedisinsk oppfølging av 7 diagnosegrupper med meget sjeldne tilstander. Fra 1998 er ansvaret for cystisk fibrose overført til Norsk senter for Cystisk fibrose ved Aker sykehus. Det var registrert 966 personer med arvelige blødersykdommer og 238 med cystisk fibrose ved utgangen av 1997. Totalt 256 personer med blødersykdom og 106 pårørende har vært på IFB til konsultasjoner i 1997. For cystisk fibrose var det henholdsvis 93 og 75. I samarbeid med TAKO-senteret var det 45 personer med meget sjeldne tilstander og 57 pårørende på IFB til konsultasjoner. I alt var 302 personer innlagt i 1997. IFB fører slektsregister over mulige arvebærere av hemofili og over døtre av blødere som er automatisk bærere av hemofili. Disse følges opp med tilbud om genetisk veiledning. IFB har holdt kurs for brukere, avlastere og besteforeldre. I tillegg er det holdt kurs for ulike faggrupper.

c) Diverse kompetanseutviklingstiltak for sjeldne og mindre kjente grupper funksjonshemmede

I Handlingsplanen for funksjonshemmede ble det utviklet ulike kompetanseutviklingstiltak for sjeldne og mindre kjente grupper funksjonshemmede. Tiltakene består bl.a. av produksjon av informasjonsmateriell om en del sjeldne diagnoser og utredninger vedrørende behov for tilbud til flere diagnosegrupper. To prosjekter fra handlingsplanen er i en overgangsfase til varig virksomhet. Det gjelder:

- Syndromdiagnostikk – samarbeid mellom genetikere, barneleger i Norge og genetiske miljøer i England.
- Nasjonal kompetanseenhet for AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi (samfinansiert med Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet).

d) Nord-norsk IT-enhet, NONITE

NONITE er en desentralisert IT- enhet for barn og unge med funksjonshemninger i landsdelen. NONITE har ført til et nettverk som alle funksjonshemmede barn og unge vil ha nytte av, ikke bare potensielle brukere av IT-hjelpemidler. Evalueringen viser til at NONITE er viktig for å samordne tjenestene mellom PP-tjenesten, kommunehelsetjenesten og habiliteringstjenesten. Evaluering av prosjektet konkluderte med at dette har vært et ambisiøst prosjekt og at visjonene må tilpasses eksisterende ressurser. Prosjektets

sluttrapport konkluderer med at det er mulig å etablere et samhandlingsnettverk som kan bidra til å styrke formidlingen av IT-baserte hjelpemidler. Prosjektet er forlenget for nærmere vurdering av eventuelt permanent organisering.

e) Funksjonsassistenter

Ordningen med funksjonsassistenter er foreløpig et 3-årig forsøk. Målet er å øke andelen arbeidstakere med bevegelseshemninger i ordinært arbeid. Funksjonsassistenten skal gi praktisk bistand i arbeidstiden. Dette kan bestå i hjelp til henting/flytting av arbeidsredskap, kopiering, forflytning mellom møtesteder og arbeidsplass, hjelp til toalettbesøk, spising, av- og påkledning m.m. Arbeidsgiverne og den funksjonshemmede arbeidstaker ansetter funksjonsassistenten i samarbeid, men det er arbeidstakeren som styrer assistenten. Det er bevilget 2 mill. kroner til dette tiltaket i 1998 som inkluderer 14 deltakere med stillingsstørrelse varierende fra 25 pst. til 100 pst. Av disse er 3 arbeidstakere i offentlig virksomhet, 9 i private bedrifter og 2 i organisasjoner. Stillingsandelen til funksjonsassistentene varierer fra 25 pst. til 60 pst.

2. Satsingsområder og mål for 1999

a) og b) Frambu og Institutt for blødere (IFB).

Virksomheten ved Frambu og IFB vil fortsette som i 1999. Frambu og IFB har tidligere blitt finansiert gjennom refusjon fra folketrygden. Institusjonene foreslås rammefinansiert over kap. 676 post 70 fra og med 1999. Administrativt vil institusjonene bli lagt til Staten for rådssekretariater m.v., se omtale under kap. 604.

c) Diverse kompetanseutviklingstiltak

I samarbeid med Rådgivende utvalg for sjeldne funksjonshemninger skal departementet vurdere permanent organisering av prosjektet om syndomdiagnostikk og valg av nye diagnosegrupper knyttet til Frambu. I samarbeid med Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet skal organisering og administrativ plassering av Nasjonal kompetanseenhet for AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi avklares. Man ønsker fortrinnsvis en tilknytning til et medisinsk fagmiljø. Det foreslås at kompetanseenheten etableres permanent fra 1. januar 1999 og inntil nærmere avklaring fortsatt plassert ved Torshov kompetansesenter og administrativt under styret for spesialpedagogiske kompetansesentra.

d) NONITE

En arbeidsgruppe skal vurdere permanent organisering av NONITE.

e) Funksjonsassistenter

Departementet skal sammen med arbeidslivets parter og representanter fra brukere av ordningen med funksjonsassistenter fremme forslag til hvordan denne ordningen kan organiseres fra år 2000.

PROGRAMOMRÅDE 10. HELSEVERN*Programkategori 10.00 Helsetilsyn m.m.***Programkategori 10.00 Kapitler**

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
0700	Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jfr. kap. 3700)	213 298	197 140	205 200	4,0
0701	Forsøks- og utviklingsvirksomhet	47 168	73 550	171 300	132,9
0702	Nemnd for bioteknologi	4 648	4 730	5 450	15,2
0703	Helsetjenesten for innsatte i fengsel	62 199	64 050	66 600	3,9
0704	Giftinformasjonssentralen	6 801	7 250	9 500	31,0
0705	Kursvirksomhet og stipendier	62 476	105 500	118 100	11,9
Sum kategori 10.00		396 590	452 220	576 150	27,4

Programkategori fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post- gruppe	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
01-23	Driftsutgifter	271 621	287 260	396 485	38,0
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	421	460	465	1,1
60-69	Overføringer til kommuner	97 296	145 200	163 700	12,7
70-89	Overføringer til private	27 252	19 300	15 500	-19,7
Sum kategori 10.00 Helsetilsyn m.m.		396 590	452 220	576 150	27,4

Kategorien omfatter tilsyn med helsetjenesten, ulike typer forsøks- og utviklingsvirksomhet, oppfølging av bioteknologi og ulike typer av målrettede stimuleringsiltak for å nå målet om likeverdig helsetilbud i alle deler av landet.

Det sentrale organ for tilsyn av helsetjenester og helsepersonell er Statens helsetilsyn og fylkeslegene.

KAP. 700 STATENS HELSETILSYN OG FYLKESLEGENE
(Jfr. kap. 3700)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	212 877	196 680	204 735
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	421	460	465
Sum kap. 0700		213 298	197 140	205 200

Det er overført fra 1997 til 1998:

Post 45: 335 000 kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

Oppgavene for Statens helsetilsyn og fylkeslegene (etaten) er gitt i *Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 1984* og annen helselovgivning. Etaten skal på selvstendig faglig grunnlag utøve tilsyn og gi råd som myndighetsorgan.

Visjon:

Tilsyn og rådgivning for trygg helsetjeneste

Hovedmål:

1. En faglig forsvarlig helsetjeneste som etterlever lover og forskrifter og ivaretar rettssikkerhet for brukerne av helsetjenesten
2. Et faglig grunnlag for å utvikle den nasjonale helsepolitikken
3. Ivareta de formål som følger av handlingsplaner, tilskuddsordninger og andre tillagte oppgaver

Etaten utfører disse oppgavene:

- Overordnet tilsyn med helseforhold og helsetjeneste
- Tilsyn med virksomheter i helsetjenesten
- Tilsyn med helsepersonell
- Rådgivning og kompetanseoppbygging overfor helsetjenesten og helsepersonell
- Utredning og rådgivning overfor Sosial- og helsedepartementet og andre sentrale myndigheter, regelverksutvikling
- Forvaltning av regelverk og delegerte oppgaver
- Gjennomføring av prosjekter, handlingsplaner, tilskuddsordninger o.l.

2. Resultatrapport 1997

2.1 Tilsynsoppgaver

Hovedprioriteringen i 1997 har vært å styrke oppgavene etter tilsynsloven: det overordnede faglige tilsyn, det utøvende tilsyn og råd og veiledning.

Det har vært arbeidet med oppbygging av et informasjonssystem som bygger på data fra tilgjengelig statistikk, egne kartlegginger og tilsynsrapporter.

Helsetilsynet hadde ansvaret for innføring og oppfølging av ICD-10 i psykiatrien fra 1. januar 1997 og forbereder innføringen for somatiske sykehus og spesialister fra 1. januar 1999.

Som konsesjonshaver for Medisinsk Fødselsregister og Dødsårsaksregisteret har Helsetilsynet gjennomgått konsesjonene og det er etablert nye rutiner for utveksling av data mellom Dødsårsaksregisteret, Kreftregisteret og Statens helseundersøkelser.

Fylkeslegene har drevet en omfattende kompetanseoppbygging i form av kurs, helsepersonellmøter m.m. i forhold til helsetjenesten.

Arbeidet med å utvikle metoder og gi opplæring i tilsynsmetodikk har fortsatt, bl.a. ved kurs i systemrevisjon for ca 90 deltakere fra etaten. Etatens tilsynsprosjekt avsluttes 31. desember 1998.

Med systemrevisjon som metode har fylkeslegene gjennomført felles tilsyn med kirurgiske avdelinger og legevaktordninger. I 17 fylker ble dessuten felles tilsyn utført ved alle sykehusavdelingene som utfører svangerskapsavbrudd. Fylkeslegenes rapporter er grunnlaget for Helsetilsynets bearbeidelse og sammenfatning i en felles rapport. I tillegg er det utført systemrevisjoner når fylkeslegen har funnet det hensiktsmessig etter lokal vurdering. Til sammen ble det gjennomført 182 tilsyn etter denne metoden. De avvik som er funnet og anmerkninger som er gitt, er fulgt opp overfor eier med gjennomgående godt resultat.

Fylkeslegenes rådgivning innen kvalitetsutvikling er styrket med 8 nye stillinger med kommunehelsetjenesten som arbeidsfelt. Ordningen er utvidet i 1998.

Som følge av informasjon om kritiske forhold ved flere store sykehus, særlig overbelegg ved medisinske avdelinger og uakseptabel ventetid for kreftbehandling, fikk Helsetilsynet og flere fylkesleger tilsynsoppgaver i tillegg til det som var planlagt. I 5 tilfeller ble det funnet at driften ved sykehus kunne ha skadelige følger for pasientene eller på annen måte var uforsvarlig. Det ble derfor sendt varsel om påbud etter sykehusloven § 18 og

tilsynsloven § 5 til de aktuelle fylkeskommunene. I fire tilfeller ble forholdene utbedret etter at varsel ble gitt. I ett tilfelle ble det gitt påbud om å rette på manglene.

Tilsynet med legemidler og blodbanker utføres av Helsetilsynet. I 1997 ble det gjennomført 17 tilsyn hos nasjonale tilvirkere, grossister og importører av legemidler, 18 apotek og 15 blodbanker.

Fylkeslegene avsluttet 1 894 klagesaker i 1997. Saker hvor det er aktuelt å gi reaksjoner etter helsepersonellovgivningen oversendes Helsetilsynet, som i 1997 avsluttet 382 saker. Den totale beholdning av klagesaker i Helsetilsynet var 358 ved årets begynnelse og 171 ved årets slutt. I 277 tilfeller ble det gitt reaksjoner mot helsepersonell, herav 63 tilfeller av tilbakekall eller suspensjon av godkjenning/autorisasjon. I 27 tilfeller ble det rettet kritikk mot sykehus, i tre tilfeller mot kommuner. Det høye antall reaksjoner i 1997 må sees i sammenheng med gjennomføringen av et klagesaksprosjekt med formål å redusere antall restansesaker, sikre rettssikkerheten og redusere saksbehandlingstiden. Det er holdt kurs i klagesaksbehandling for fylkeslegene og Helsetilsynet. Et registreringssystem for klage- og tilsynssaker er tatt i bruk i 1998.

2.2 Andre utførte oppgaver

- sammen med SHD utarbeidet forskrift, retningslinjer og undervisningspakke om "Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene".
- avgitt innstilling om organisering av spesialisert behandling av rygglidelser.
- opprettet "Nasjonalt fagråd for psykiatriske helsetjenester" som oppfølging av St.meld. nr. 25 (1996-97).
- avgitt rapporten "Funksjonskrav for fylkeskommunal rehabilitering".
- Det er avholdt regionale konferanser om rehabilitering i helseregionene.
- utarbeidet forslag til endringer i legers turnustjeneste.
- gjennomført en systematisk vurdering av lands- og flerregionale funksjoner.
- etablert et analyse- og koordineringsteam for kvinnehelse.
- fremmet forslag til behandlingstilbud ved symptomer antatt relatert til elektriske og/eller magnetiske felt (el-overfølsomhet).
- deltatt i arbeid med Nasjonal handlingsplan for miljø og helse (oppfølging av Helsinkideklarasjonen), herunder arbeidsgruppe for systematisk veiledning til kommuner og fylkeskommuner.
- utarbeidet to rapporter til prosjektet Videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten og fremmet forslag til revidert helsekort og veiledning i journalføring.
- besluttet opprettelse av 11 nye apotek. Tre filialapotek er omgjort til selvstendige apotek.
- opprettet det tredje og fjerde regionale senter for produsentuavhengig legemiddelinformasjon (RELIS) i helseregionene 4 og 5.
- iverksatt meldesystem for markedsovervåking av medisinsk utstyr i bruk utenfor sykehus.
- utarbeidet retningslinjer for produsenter av tanntekniske arbeider og gjennomført undersøkelse om gjenbruk av medisinsk engangsutstyr ved sykehus
- utarbeidet evalueringsrapport om inneklima.
- avsluttet prosjektet "Kvalitet og stabilitet i nordnorsk tannhelsetjeneste".
- avsluttet prosjektperioden for "Bivirkningsgruppen for orale biomaterialer". Gruppen organiseres permanent fra 1998.
- utviklet standard skjema for henvisning til sykehus og vurdering av ventetidsgaranti.
- utarbeidet retningslinjer og etablert utprøvende behandling med sentralstimulerende midler til voksne med hyperkinetisk adferdsforstyrrelse. Det er etablert sakkyndige team i 3 helseregioner.
- gjennomført kartlegging av tidligere prosedyrer for strålebehandling m.h.t. store skader av friskt vev.
- avsluttet prosjekt om legemiddelberedskap og startet opp prosjekt om materiellberedskap, jf omtale under kap 797.

Helsetilsynet har utgitt 42 rundskriv, 6 større utredninger og 2 publikasjoner i veiledningsserien. Relevante lover, forskrifter og rundskriv ble gjort tilgjengelig på Internett. Regelverkssamlinger for deler av helsetjenesten ble utgitt i bokform.

Fylkeslegene har godkjent 10 347 helsepersonell (9 270 i 1996), hvorav 4 910 utenlandske (3 411 i 1996, 1 770 i 1995). Av det utenlandsk godkjente helsepersonell var 2.443 sykepleiere og 1.260 leger. 4 143 fra andre nordiske land, 567 fra EØS-land utenfor Norden og 200 fra andre land.

Behandlingen av førerkortsaker medførte for fylkeslegene 22 900 dokumenter, registrering av personer som er avhengige av vanedannende legemidler 9 600 og klage på tvangsmedisinering 2 200 dokumenter.

Aktiviteten i det internasjonale arbeidet økte i 1997 med helsedirektørens medlemskap i styret for WHO og Gro Harlem Brundtlands kandidatur til generaldirektørstillingen i WHO, samt ansvaret for nordisk samordning av styresaker. I tillegg har Norge bl.a.:

- lederverv i Europarådets Helsekomité
- lederverv i NOMESKO (Nordisk Medisinal-Statistisk Komité)
- nestlederverv i NATO Joint Medical Committee (leder fra mai 1998)
- styreverv i WHOs aksjonsprogram for legemidler

3. Tilstandsvurdering 1998

Befolkningens aldersfordeling, sosiale struktur og bosettingsmønster er i stadig endring. Dette må overvåkes med tanke på de endringer som bl. a økende sosial ulikhet kan medføre for helsetilstanden og for behovet for helsetjenester.

Helsetilsynets kartlegginger og de virksomhetstilsyn som er gjennomført, viser at det ennå gjenstår mye før tilfredsstillende internkontrollsystemer er på plass i helsetjenesten.

Også i det fylkeskommunale psykiske helsevern er situasjonen svært varierende i forskjellige deler av landet. Det blir nå etablert flere prosjekter for å vurdere og prøve ut ulike former for organisering av tjenestetilbudene.

Selv om det har vært stor oppmerksomhet om kriser og problemer i sykehusene, er det departementets oppfatning at det norske sykehusvesenet i hovedsak fungerer godt og møter behovene til de fleste pasientene. Helsetilsynet har i tilsynsarbeidet satt fokus på kapasitets- og venteliste problemer.

Områdene legemidler og medisinsk utstyr preges av internasjonalisering. På legemiddelområdet er det blitt flere aktører på produsent- og grossist/importørleddene, noe som avspeiles i økt saksmengde og tilsynsbehov. Apotekdekningen er forbedret, men tilgangen på søkere til apotekbevilling i utkantstrøk er bekymringsfull. Ulovlig omsetning av legemidler har økt og blitt mer komplisert å følge opp, bl.a. ved at publikum har lett tilgjengelige bestillingsordninger via tilbud på Internett. Ofte er det vanskelig å identifisere ansvarlig distributør. Krav om Ce-merking av alt medisinsk utstyr som markedsføres gjelder fra juni 1998. Nemnda for medisinsk engangsutstyr med 6 årsverk ble nedlagt fra samme tid. De felles EØS-regler bak merkingen skal sikre et gjennomgående høyt kvalitets- og sikkerhetsnivå.

For området helsemessig beredskap vises til omtale under kap 797.

Det rapporteres økende behov for personell med spesialkompetanse innen geriatrisk og psykiatrisk sykepleie. Mangelen her øker pga økende antall eldre over 80 år og psykiatrisatsing. Behovet for leger, sykepleiere og annet spesialpersonell til medisinske servicefunksjoner har også økt.

Det eksisterer en rekke medisinske kvalitetsregistre som leverer data omkring både volum, kvalitet og kvalitetsproblemer knyttet til bestemte medisinske fagområder. Eksempler er leddproteseregisteret og gallekirurgiregisteret. Erfaringene viser hvilket potensiale som ligger i slike registre for tidlig erkjennelse av kvalitetsproblemer.

4. Satsingsområder for 1999

4.1 Tilsyn med virksomheter og personell i helsetjenesten

Helsetilsynet skal styrke det overordnede tilsynet, særlig utvikle metoder for innhenting og bearbeidelse av informasjon om helsetjenesten og helseforholdene som grunnlag for nasjonal overvåking. Tilsynserfaringene vil bli systematisert i økt utstrekning.

Helsetilsynet og fylkeslegene bidrar i etableringen av KOMmune-STat-RApportering (KOSTRA):

Det skal etableres et bedre helseinstitusjonsregister. Sykdomsklassifikasjonssystemet ICD-10 og et nytt prosedyrekodeverk for kirurgiske prosedyrer (NGSP) vil bli tatt i bruk for somatiske helsetjenester fra 1. januar 1999.

Tilsynsmyndighetene vil fortsatt ha fokus på rettssikkerhet og effektivitet i arbeidet med klage- og tilsynssaker, og videreføre de oppnådde mål i effektivisering av saksbehandlingen.

Etaten vil ha sin oppmerksomhet rettet mot effekten av innførte helsereformer, særlig omfattende strukturelle endringer, som f.eks. innsatsstyrt finansiering.

Tilsynet med vurderings- og behandlingsgarantien vil fortsette og bli utviklet videre, særlig arbeidet med mer lik praktisering av ordningene.

Arbeidet med tilsyn med sykehus og deres situasjon vil bli videreført, herunder arbeidet med å etablere en tilsynsbasis for sykehus.

Opplæringstiltak og samordning skal sikre at etaten utøver tilsynet likt over hele landet. Tilsynsstrategien innen miljørettet helsevern skal videreutvikles. Fylkeslegene vil i henhold til etatens tilsynsplan ha smittevern i sykehus og miljørettet helsevern i skoler og barnehager som de to felles tilsynsområder i 1999. Gjennom bl.a. samlerapporter for hvert felles tilsynsområde, offentliggjøring av tilsynsrapporter fra felles tilsynsområder i Internett, fylkeslegenes medisinalmeldinger og Helsedirektørens tilsynsmelding spres kunnskap fra tilsynet.

Et eget prosjekt for utvikling av metoder for tilsyn med helsepersonell videreføres i 1999.

Tilsyn og rådgivning med smittevern og antibiotikabruk i helsetjenesten vil bli intensivert, i tråd med det økte smittepresset. Helsetilsynet vil videreutvikle tilsynet med rekvirering og bruk av legemidler. Arbeidet med å etablere bedre og reseptbasert legemiddelstatistikk videreføres.

Full regulering av området medisinsk utstyr fra 14. juni 1999 må følges opp gjennom overordnet tilsyn med tekniske kontrollorgan og tilsyn med visse produsenter. Det vil også være nødvendig med intensivert markedsovervåkning, bl.a. gjennom det nasjonale og de internasjonale meldesystem.

Tilsynet med IT-sikkerhet og -anvendelse i helsetjenesten vil bli styrket.

Gjennom tilsynsarbeidet vil etaten være oppmerksom på og følge opp helsetjenestenes plikt til å ivareta nødvendige undervisningsoppgaver innen grunnutdanning og videre- og etterutdanning, dvs. både i forhold til personell under utdanning (turnustjeneste, praksisplasser) og for kompetanseheving blant egne ansatte. Vedlikehold og oppbygging av kompetanse er avgjørende for at helsetjenestene også i fremtiden skal kunne gi forsvarlig helsehjelp.

Resultatindikatorer:

- Antall gjennomførte tilsyn med virksomheter, antall og tema for systemrevisjoner
- Antall tilsyn på legemiddelområdet (mål 50)
- Antall kartleggingsundersøkelser
- Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for klage- og tilsynssaker avsluttet i Helsetilsynet (mål 6 mnd ved 220 saker)
- Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for klage- og tilsynssaker avsluttet ved fylkeslegekontorene (mål 5 mnd ved 1.900 saker)

4.2 Rådgivning og kompetanseoppbygging overfor helsetjenesten og helsepersonell

Helsetilsynet og fylkeslegene vil videreutvikle sin rådgiverrolle overfor helsetjenesten, myndigheter og publikum, utvikle metoder, og slik bidra til at helsetjenesten raskere og mer effektivt tar i bruk rett faglig standard.

Ny internkontrollforskrift til tilsynsloven vil måtte følges opp av en veileder.

Informasjonsformidlingen skal utvikles videre, og Helsetilsynets publikasjoner skal i økende grad gjøres samtidig tilgjengelig i nettversjon.

Etaten skal gi råd til helsetjenesten innen habilitering / rehabilitering, bl.a. utgi veiledere, som oppfølging av handlingsplan for funksjonshemmede.

Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten vil bli fulgt opp etter vedtatt plan. Fylkeslegene skal følge opp Aksjonsprogrammet barn og helse som går inn i sitt avslutningsår i 1999.

Helsetilsynet og fylkeslegene skal følge opp med råd og veiledning til helsetjenesten i fengslene ifm flere reformer som har grenseflater mot deres arbeidsfelt (f.eks. fastlegeordningen, metadonprosjektet og prosjekter under opptrappingsplan for psykisk helse).

På bakgrunn av en kartlegging av tannhelseforholdene hos utsatte grupper som eldre, uføre, kronisk syke og funksjonshemmede, vil Helsetilsynet tilrettelegge og følge opp det forebyggende og helsefremmende tannhelsearbeid for disse gruppene.

Etaten vil bistå helsetjenesten og departementet i videreutvikling av hensiktsmessige og forsvarlige dokumentasjonssystemer bl.a. som oppfølging av prosjektet "Utvikling av standardisert dokumentasjonssystem for institusjonsbasert og hjemmebasert kommunal helsetjeneste".

Tilsynsmyndighetene vil bidra til økt forståelse for arbeidsgivers ansvar for å sikre at helsepersonell har den nødvendige reelle kompetanse i forhold til de stillinger de innehar. Dette blir særlig viktig ved en økt rekruttering av utenlandsk arbeidskraft.

Det skal utgis veileder i forskrivning av vanedannende legemidler og veileder i bruk av antibiotika i primærhelsetjenesten.

Etaten vil gjennom kontakt med kvalitetsutvalg i sykehus sørge for spredning av erfaringene fra kvalitetsarbeid og avvikshåndtering.

Helsetilsynet vil stimulere til etablering av nasjonale kvalitetsregistre, og bidra til at erfaringene fra slike registre kommer helsetjenesten til gode.

Det er nødvendig å styrke helsetjenestens beredskapsevne i krisesituasjoner gjennom planer, internkontroll og mer tidsmessig materiellberedskap (legemidler og medisinsk utstyr). Materiellberedskapsprosjektets analysedel skal ferdigstilles i 1999. Oppbygging av enhet for helseberedskapslogistikk videreføres, og bevilgningforslaget er forhøyet med 700.000 kroner. Norsk Medisinaldepots oppgaver på beredskapsområdet vil bli vurdert overtatt av Helsetilsynet. Se omtale under kap 797.

4.3 Utredning og rådgivning overfor Sosial- og helsedepartementet og andre sentrale myndigheter, regelverksutvikling

Etaten vil bistå departementet i arbeidet med tilrettelegging av fastlegeordningen.

Gjennom samarbeid med departementene, KS og yrkesorganisasjonene vil etaten bidra til en hensiktsmessig fordeling av helsepersonell, både når det gjelder ferdig utdannet personell, spesialister og utdanningskandidater.

Loveendringer med en formalisering og regulering av de regionale helseutvalg ble vedtatt ved Stortingets behandling av Ot.prp. nr. 48 (1997-98). Det pågår nå et fortløpende arbeid i de fem helseregionene omkring funksjonsfordeling og nettverksløsninger i spesialisthelsetjenesten. Helsetilsynet og fylkeslegene vil gjennom kartlegginger, utredninger og deltakelse i helseregionene bidra i dette arbeidet. Helsetilsynet og fylkeslegene vil i tillegg bidra overfor Sosial- og helsedepartementet med vurdering av de regionale helseplanene, inkl. utarbeidelse av medisinsk-faglige krav til de regionale helseplanene.

Etaten vil gjennomføre kartleggingsundersøkelser av sentrale forhold når det gjelder sykehusenes tjenestetilbud. Gjennom erfaring fra slike undersøkelser bidra til oppfølging av belegg, pasientflyt og andre parametre.

Helsetilsynet vil fullføre arbeidet med en gjennomgang av vederlagsforskriften med forslag til departementet om eventuelle endringer. Utredning om spesialisttannhelsetjenester og odontologiske kompetansesentra skal også sluttføres. Helsetilsynet vil følge opp tiltak for stabil bemanning i tannhelsetjenesten basert på evalueringen av prosjektet "Kvalitet og stabilitet i tannhelsetjenesten i Nord-Norge."

Det vil bli gitt bistand til departementet i arbeidet med en funksjonsanalyse av sykehjem.

Helsetilsynet vil bistå Sjøfartsdirektoratet og Oljedirektoratet i utviklingen av regelverk om helsetjeneste for sjøfolk, dykkere og på kontinentalsokkelen.

Regelverksutvikling vil omfatte bl a forskrifter om journal, legemiddelhåndtering, psykisk helsevern, miljørettet helsevern og smittevern. Utredningene på legemiddelområdet (NOU 1997: 6 og 7) skal følges opp blant annet ved endringer av forskrifter.

Det planlegges en større gjennomgang av problemstillinger knyttet til legemiddelbruk og -håndtering i primær- og institusjonstjenesten. Denne vil ha en bred forankring og bl.a. knyttes opp mot psykiatireformen, handlingsplan for eldre, fellestilsyn, etc.

Etaten vil følge opp nytt EU-direktiv på området *in vitro* diagnostikk med nasjonalt regelverk og informasjon. Det må utarbeides regelverk for medisinsk utstyr som inneholder inaktiverte humane celler eller vev, og som derved kan representere en smittefare. En sentral database over medisinsk utstyr i EU vil medføre oppfølging nasjonalt.

Etaten vil arbeide for at helseaspektet kommer tydelig til syne i forbindelse med konsekvensutredninger i kommunenes planarbeid.

Helsetilsynet vil bistå departementet i utredningsarbeidet, bl.a. evaluering av bioteknologiloven og abortlovens forskrifter med veiledning.

4.4 Forvaltning av regelverk og delegerte oppgaver

Etaten har et stort antall forvaltningsoppgaver og saksmengden har øket sterkt de siste årene.

Avtalene med EU-organer på legemiddelområdet og medisinsk utstyr vil medføre ytterligere forpliktelser for etaten.

Oppfølging av konvensjonene på narkotika og psykotropområdet vil bli styrket.

4.5 Gjennomføring av prosjekter, handlingsplaner, tilskuddsordninger o.l.

Kvalitetsforskriften vil bli fulgt opp med opplæring i samarbeidet med Sosial- og helsedepartementet. Arbeidet med Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten videreføres.

Opptappingsplanen for mennesker med psykiske lidelser skal følges opp. Gjennom fordeling av statlige midler og veiledning på fylkesplan skal det legges særlig vekt på å sette den kommunale og fylkeskommunale helsetjeneste i stand til å ivareta pasientenes behov i et desentralisert system. Helsetilsynet skal fordele omstillingsmidler og midler til kompetanseheving innen psykiske helsevern. Fylkeslegene skal bistå kommunene med utarbeiding av psykiatriplaner og organisering av det kommunale behandlingstilbudet. Erfaringer fra tidligere og nye utredninger skal omsettes i rådgivning overfor helsetjenesten lokalt.

Helsetilsynet skal i samarbeid med fagmiljøene følge opp de anbefalte tiltak for spesielle grupper innen psykisk helsevern, f. eks. kriminelle sinnslidende, pasienter med spiseforstyrrelser o.a.

Nasjonalt geriatriprogram går ut 1999, og det er avsatt totalt 50 mill. kr for perioden 1994-99, jf. kap. 670 post 62.

Etaten skal bistå departementet i arbeidet med Handlingsplan for eldreomsorgen. Fylkeslegene har betydelig oppgaver i arbeidet med handlingsplanen.

Helsetilsynet skal fullføre prosjektet med utgivelse av veiledere i habilitering og rehabilitering under Handlingsplan for funksjonshemmede.

Helsetilsynet skal etablere bedre rutiner for å overvåke helse og sykdomsforhold hos og helsetjenestetilbud overfor kvinner. Spesielle prosjekter som kan være modeller for hvordan helseproblemer hos kvinner bør møtes vil bli satt iverk. Det skal utvikles systemer som sikrer at råd og veiledning til helsetjenesten, tar spesielle hensyn til kvinner der dette er naturlig. Helsetilsynets fagråd for kvinners helse vil bli opprettet.

Etaten skal bidra til gjennomføring av Handlingsplanen for Helse og Miljø (Helsinkideklarasjonen) og arrangere den 6. Nordiske folkehelsekonferanse i Kristiansand i august 1999.

Etaten skal bidra til utarbeidelse av ny handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort. Etaten skal fortsatt følge opp tiltak i Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien.

5. Budsjettforslag for 1999

Post 01 Driftsutgifter

Driftsutgiftene er foreslått redusert med 1,7 mill. kroner som følge av endret ansvarsforhold for nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og klagenemnd for utenlandssaker. Videre er utgiftene og inntektene redusert med 1,4 mill. kroner i forbindelse med nedleggelse av Utvalget for legestillinger (ULS).

Driftsbudsjettet er foreslått styrket med 3 mill. kroner til videreføring av de oppgaver som Statens helsetilsyn fikk økte ressurser til i forbindelse med behandling av revidert nasjonalbudsjett i inneværende år. I tillegg er det ført opp 0,7 mill. kroner til oppfølging av arbeidet med å utvikle ny legemiddelberedskap. Endelig er det ført opp ca. 7,1 mill. kroner som følge av lønnsoppgjøret i 1998.

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 437,2 pr. 1 oktober 1996 og 466 pr. 1 mars 1998.

KAP. 3700 STATENS HELSETILSYN OG FYLKESLEGENE

(Jfr. kap. 700)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
02	Salgs- og leieinntekter	4 256		
03	Refusjon fra NORAD	1 760		
04	Diverse inntekter	10 156	1 400	
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	505		
16	Refusjon fødselspenger	1 811		
70	Refusjon av kontrollutgifter	1 461	730	750
	Sum kap. 3700	19 949	2 130	750

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. Posten er redusert med 1,4 mill. kroner i forbindelse med nedleggelsen av Utvalget for legestillinger (ULS).

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. 701 FORSØKS- OG UTVIKLINGSVIRKSOMHET

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
21	Spesielle driftsutgifter	39 881	73 550	171 300
70	Tilskudd til helsetjeneste- og sykehusforskning	7 287		
	Sum kap. 0701	47 168	73 550	171 300

Det er overført fra 1997 til 1998:

Post 21: 18 000 kroner

Post 21 Spesielle driftsutgifter

For 1999 fremmes det forslag om 171,3 mill. kroner i bevilgning, fordelt på følgende tiltak:

1. Tiltak innen kvalitetsutvikling (14 mill. kroner).
2. Planlegging og forberedelse av fastlegereformen (83 mill. kroner).
3. Studier av primærlegetjenesten (3 mill. kroner).
4. Utvikling av tannhelsetjenesten (8,3 mill. kroner).
5. Oppfølging av plan for helse- og sosialtjenesten for den samiske befolkningen (5 mill. kroner).
6. Spesialisthelsetjeneste i samiske områder (2,8 mill. kroner)
7. Pasientnær klinisk forskning (6,5 mill. kroner).
8. Utreddninger, statistikk m.v. på legemiddelområdet (16 mill. kroner).
9. Innovasjonsbistand til Helseregion 4 (1,5 mill. kroner).
10. Tilskudd til Senter for helseadministrasjon (0,5 mill. kroner).

11. Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene (0,9 mill kroner).
12. Førstehjelpsprosjektet (2,3 mill. kroner).
13. Informasjon om helsereformer (1,2 mill. kroner)
14. Tidsskriftet Liv og Helse (2,0 mill. kroner)
15. Effektiviseringstiltak i statlige virksomheter (0,5 mill. kroner).
16. Statistikkutvikling innenfor handlingsplan for helse- og omsorgspersonell (2,5 mill. kroner).
17. Oppfølging av Handlingsplanen for IT i helsesektoren - Mer helse for hver bIT (17,2 mill. kroner)
18. Helsetjenesteforskningsprogrammet (2 mill. kroner)
19. Program for forskning innen alternativ medisin (2 mill. kroner)

1. Utvikling og sikring av kvaliteten i helsetjenesten

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 krever at: *"Enhver som yter helsetjenester skal etablere internkontroll for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift."*

Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (Nasjonal strategi) ble i februar 1995 utgitt av Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedepartementet. Strategidokumentet ble utarbeidet for å klargjøre ansvar og oppgaver i den nasjonale satsingen på kvalitetsutvikling og for å motivere alle aktører til å delta etter en samlet plan. Det overordnede mål er at alle virksomheter innen norsk helsetjeneste skal ha etablert helhetlige og effektive internkontroll-/kvalitetssystemer innen år 2000.

Helsetilsynet er ansvarlig for gjennomføring og oppfølging av Nasjonal strategi. Dette ansvaret innebærer å være pådriver for, samt gi råd og veiledning om kvalitetsarbeid.

Resultater for 1997: Nasjonal strategi ble tildelt 8,5 mill. kroner. Følgende aktiviteter ble gjennomført:

- Helsetilsynet og fylkeslegene har drevet informasjonsarbeid og opplæring om kvalitetsutvikling, herunder internkontrollplikten.
- Helsetilsynet samarbeidet med høyskolen i Bergen og Universitetet i Bergen for å få kvalitetsutvikling inn i helsefaglig utdanning.
- Det er gitt økonomisk bistand og veiledning til 26 eksterne prosjekter i den utøvende helsetjeneste i 1997, bl.a. for å initiere kvalitetsutvikling som ledelsesfilosofi og oppbygging av internkontroll-/kvalitetssystemer.
- Det etablerte nasjonale nettverk for kvalitetsrådgivere i sykehus ble videreført.
- Et opplæringsprogram for kvalitetsrådgivere for kommunehelsetjenesten startet i august i 1997. Kvalitetsrådgivere ble engasjert ved åtte fylkeslegekontorer. Kvalitetsrådgiverne skal bistå kommunene i kvalitetsutviklingsarbeid for å sikre innføring av helhetlige og effektive internkontroll-/kvalitetssystemer innen år 2000.

Aktiviteter i 1998: Helsetilsynet er for inneværende år tildelt 11 mill. kroner til kvalitetsarbeid i tråd med målene i Nasjonal Strategi. Kvalitetsutvikling er i sterk vekst i norsk helsetjeneste, men kvalitetsarbeid er fremdeles nytt for mange. Noe av arbeidet bærer preg av å være famlende, sporadisk og usystematisk. Regionsykehusene og enkelte somatiske sykehus har kommet langt i arbeidet med å etablere kvalitetssystemer og gjennomføre forbedringsprosjekter som skal sikre tjenestenes helsefaglige kvalitet. Mange andre aktører har i løpet av 1998 signalisert intensjoner og ønske om å satse seriøst på kvalitetsarbeid herunder kontinuerlig forbedring og etablering av kvalitetssystemer, men er avhengig av veiledning og intern kompetanse for å komme igang. Helsetjenesten etterspør spesielt veiledningsmateriell om kvalitetsutvikling som metode, oppbygging av kvalitetssystemer, myndighetskrav, systematisk problemløsning og bruk av verktøy og teknikker. Det etterspørres også erfaringsoverføring fra de som har gjennomført tiltak og arenaer for erfaringsutveksling. Mange har behov for økonomisk tilskudd for å komme igang med kvalitetsarbeidet.

Satsingsområder og resultatmål for 1999: Helsetilsynet skal prioritere følgende innsatsområder og herunder virkemidler og aktiviteter i oppfølgingen av Nasjonal strategi:

- Drive informasjonsvirksomhet til helsetjenesten om kvalitetsutvikling gjennom kurs, foredrag og veiledningsmateriell. Gjøre kjent systematiseringen av regelverket som er tilgjengelig for å tilrettelegge for virksomhetenes arbeid med oppbygging av internkontroll-/kvalitetssystemer.

- I samarbeid med yrkesorganisasjoner, arbeidsgivere og høyere utdanningsinstitusjoner å fortsette arbeidet med å integrere kvalitetstenkning i grunn-, videre- og etterutdanning av helsepersonell.
- Fylkeslegenes arbeid med kvalitetsutvikling skal inneholde informasjonsvirksomhet og initiere opprettelse av faglige nettverk for kvalitetsutvikling i landets fylker.
- Videreføre kvalitetsrådgiverprogram for kommunehelsetjenesten i alle fylker og koordinerer dette med nettverk for kvalitetsrådgivere i sykehus..
- Gi økonomisk støtte til kvalitetsutviklingsprosjekter.
- Planlegge evaluering av Nasjonal strategi og helsemyndighetenes oppfølging etter år 2000.

Det avsettes 14 mill. kroner for 1999. I tillegg til midlene som tildeles helsetjenesten gjennom Nasjonal strategi, gis det tilskudd til kvalitetsutvikling for sykehussektoren under kap. 739 post 21 og kap 760 post 62, for psykisk helsevern under kap. 743 og for pleie- og omsorgssektoren under kap. 675.

2. Planlegging og forberedelse av fastlegereformen

Departementet står overfor et omfattende arbeid med utforming og iverksetting av en landsdekkende fastlegeordning i tråd med Stortingets vedtak våren 1997. Det benyttes en prosjektbasert arbeidsform. Fastlegeordningen skal iverksettes i alle kommuner i januar 2000.

Høsten 1998 sender departementet ut høringsnotat med forslag til utforming av fastlegeordningen. Odelstingsproposisjonen planlegges lagt fram for Stortinget våren 1999.

Det foreslås bevilget 83 mill. kroner til forberedelsesarbeid i 1999. Bevilgningen skal dekke nødvendig forberedelse til reformen i Rikstrygdeverket og Sosial- og helsedepartementet. Det avsettes også midler til informasjonsarbeid rettet mot kommuner, leger og befolkning samt til oppstart av evaluering av reformen. Kommunenes frie inntekter er økt med 10 mill. kroner i 1999 til det kommunale planleggings- og forberedelsesarbeid. Det foreslås også bevilget 15 mill. kroner til stimuleringstiltak for å bedre stabiliteten i primærlegetjenesten jfr. kap. 705 post 60.

Rikstrygdeverket vil få ansvar for administrasjon av listesystemet. Rikstrygdeverket vil i 1999 legge til rette for listeetablering, og skal høsten 1999 sende ut invitasjon til alle landets innbyggere med spørsmål om å velge fast lege. Dette blir et omfattende arbeid og det er lagt inn 72 mill. kroner til dette formålet i 1999. For å sikre en smidig gjennomføring av reformen i befolkningen, vil det være av vesentlig betydning at listesystemet fungerer tilfredsstillende. System for listeetablering må av tidsmessige hensyn utvikles og forberedes før Ot.prp. som hjemler fastlegeordningen blir endelig vedtatt av Stortinget. Listeetableringen vil bygge på premisser som ble gitt i St.meld. nr. 23 (1996-97) og Innst.S. nr. 215 (1996-97).

Det vil være trykdeetatens oppgave å holde oversikt over hvor mange som til enhver tid står på den enkelte leges liste samt gi kommunene de opplysninger som er nødvendige for utbetaling av basistilskudd til legene i kommunen.

Innføringen av fastlegeordningen i januar 2000 forutsetter at Rikstrygdeverket oppretter et register over alle fastleger, basert på opplysninger fra kommunene. Et slikt register vil være nødvendig for at pasientene skal kunne melde seg på listen til en fastlege. Pasientlistene er grunnlaget for overføring av basistilskudd fra kommunen til den enkelte legepraksis.

(Se også omtale i programkategori 10.10 og St. prp. nr. 1 Folketrygden kap. 2600 Rikstrygdeverket).

3. Studier av primærlegetjenesten

Det foreslås avsatt 3 mill. kroner til prosjekter for nærmere studier av primærlegetjenesten. Sosial- og helsedepartementet har iverksatt et prosjekt om arbeidssituasjonen for leger i allmennlegetjenesten. Departementet vil bl.a. kartlegge omfanget av skjemaer som sentrale og lokale myndigheter krever utfyllt, samt vurdere hvordan etterspørselen etter legeattester kan begrenses. Det overordnede mål er å finne løsninger som bidrar til best mulig utnyttelse av legenes arbeidstid. SINTEF har påtatt seg oppdraget i samarbeid med Universitetet i Trondheim, Kompetansesenter for informasjonsteknologi i helsevesenet, Den norske Lægeforening og Rikstrygdeverket.

Handelshøyskolen BI utfører på oppdrag fra departementet en kartlegging av legers inntektsforhold samt forbruk av folketrygdens refusjon til allmennlegehjelp. Siktemålet med utredningene er å bedre beslutningsgrunnlaget bl.a. i arbeidet med fastlegeordningen.

4. Utvikling av tannhelsetjenesten

Det avsettes 8,3 mill. kroner til forskjellig utviklingsvirksomhet innen tannhelsetjenestefeltet (se også kap. 2711 post 72). De siste årene har det vært en stor diskusjon om mulige bivirkninger av tannbehandlingsmaterialer, og spesielt amalgam. Departementet har tatt dette opp på bred basis i samarbeid med Statens helsetilsyn.

Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer (Bivirkningsgruppa) ble etablert av departementet som et prøveprosjekt i 1993. I løpet av 1998 blir virksomheten utvidet og gjort permanent, i et samarbeid med Haukeland sykehus m.v. Helsetilsynet overleverer departementet høsten 1998 en utredning om tannbehandlingsmaterialer og mulige bivirkninger. Det avsettes tilsammen 3 mill. kroner til drift av Bivirkningsgruppa, til utprøvende behandling av pasienter med bivirkningssymptomer, til internasjonalt standardiseringsarbeid til utredningsvirksomhet og til departementets oppfølging av Helsetilsynets utredning om tannbehandlingsmaterialer.

Det registreres økende problemer med rekruttering til og stabilitet i tannlegestillinger i Den offentlige tannhelsetjenesten, spesielt i Nord-Norge, men etter hvert også i andre deler av landet. Tilgangen på nordiske tannleger vil i fremtiden bli minimal som følge av utviklingen i nabolandene. St. meld. nr. 39 (1997-98) *Om dimensjonering av ulike studier innenfor høgre utdanning*, viser at arbeidstilbudet fra tannleger fremover forventes å synke. Antall årsverk forventes redusert fra noe under 4000 i 1997 til ca. 3500 i 2010, samtidig som etterspørselen øker bl.a. som følge av økning i befolkningen (pkt. 4.2.3.). Det avsettes midler til oppfølging av forsøksprosjekt med stimuleringstiltak i Nord-Norge til rekruttering og aktuell tilleggstudanning av tannleger fra utlandet og til slutføring og oppfølging av utredning om tannlegeutdanning i Tromsø. Utredningsarbeidet startet sommeren 1998, og er forankret med en arbeidsgruppe og sekretariat ved Universitetet i Tromsø. Videre avsettes midler til utredning om regionale kompetansesentra og spesialistutdanning av tannleger. Stortinget ba i vedtak av 7. mai 1998 regjeringen om å vurdere eventuell opprettelse av odontologiske kompetansesentra. Slike sentra bør vurderes i sammenheng med spesialistutdanning av tannleger, de odontologiske fakultetenes rolle i dette og de endringer som skjer m.h.p. spesialistutdanning av leger. Videre bør kompetansesentra vurderes i forhold til spesialistvirksomheten innen tannhelsetjenesten, fagutvikling og stabilitet i Den offentlige tannhelsetjenesten. Det avsettes i alt 3,8 mill. kroner til personellrettede tiltak; utredningsarbeid og stimuleringstiltak, inklusive spesialistutdanning av tannleger.

Departementet har startet et arbeid med gjennomgang av tannhelsetjenesteloven og regelverk for pasienter som har rett til gratis tannhelsetjeneste og kontantstøtte gjennom trygderefusjon. Bl.a. vil gruppene som får kommunale hjemmetjenester bli vurdert. Forslag til endringer vil bli vurdert i forbindelse med senere statsbudsjett. For 1998 har tilskudd til implantatbehandling av definerte grupper blitt utvidet med 1,5 mill. kroner, slik at alle sykehus med ansatt spesialist i oral kirurgi eller kjevekirurgi (1 mill. kroner over kap. 730, post 61) samt de odontologiske fakultetene (0,5 mill. kroner over kap. 701, post 21) omfattes av tilbudet. Departementet foreslår å øke dette tilskuddet fra kap. 701 post 21 med 1 mill. kroner i 1999 som følge av en utbygging av tilbudet. Refusjon til tannlegehjelp foreslås økt med 5 mill. kroner (se kap. 2711, post 72) for pasienter med sjeldne medisinske tilstander.

5. Oppfølging av Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning

NOU 1995:6 beskriver store mangler ved helse- og sosialtjenester slik den samiske befolkning opplever det. Det er behov for et omfattende oppfølgingsarbeid for å sikre at disse tjenestene ytes på en slik måte at resultatet oppfattes som likeverdig med tilbudet til befolkningen for øvrig. Regjeringen har derfor besluttet å utarbeide en handlingsplan for oppfølging av NOU 1995:6. Planen vil bli utarbeidet i samarbeid med Sametinget, og vil inneholde tiltak på flere departementers områder.

For 1998 disponeres 5 mill. kroner til sektorovergripende forsøks- og utviklingsarbeid, hvorav ca. 3 mill. kroner til 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 fagutvikling/veiledning og utvikling av desentral undervisning i helse- og sosialfag. Dette vil kunne øke rekrutteringen fra den samiske befolkningen. I tråd med NOU 1995:6 bør det eksisterende tjenestetilbudet generelt tilpasses bedre til brukernes behov og en samisk kulturell kontekst. Opplæringstiltak og utviklingsarbeid i fylkeskommunene og flere kommuner med stor samisk befolkning må derfor videreføres. Tilskuddsmidlene anvendes også til informasjonsarbeid og tolketjeneste.

Oppfølgingsarbeidet gjennomføres i nært samarbeid med Sametinget. Fra høsten 1998 er det tilsatt en saksbehandler ved Sametinget. Fra 1999 er det aktuelt å overføre deler av tilskuddsmidlene til Sametinget. Det er et stort behov for kooordinering av oppfølgings tiltakene ettersom flere aktører deltar, både Sametinget, ulike forvaltningsnivåer, utdanningsinstitusjoner og private aktører i samiske miljøer.

Det avsettes 5 mill. kr. til oppfølgingstiltak i 1999.

6. Spesialisthelsetjeneste i samiske områder

Det foreslås avsatt 2,8 mill. kroner til Finnmark fylkeskommune til drift av spesialistlegesenter og Barne- og ungdomspsykiatriske senter i Karasjok.

Midlene er overført fra kap. 705 post 60.

7. Pasientnær klinisk forskning

Det er behov for å styrke den kliniske forskningen slik at man kan få et bedre bilde av virkemiddelbruk, resultater og effekter i behandling og forebygging av sykdom. Sammenliknende kliniske studier er en forutsetning for å kunne foreta gode helseøkonomiske vurderinger av ulike behandlingsopplegg. Det er utarbeidet et program for klinisk forskning i sykehus under Norges Forskningsråd. Det avsettes 6,5 mill. kroner.

8. Utredninger, statistikk m.v. på legemiddelområdet

For å skaffe til veie et bredere beslutningsgrunnlag ved stillingstaken til statlig refusjon av utgifter til nye legemidler, initierer og gjennomfører legemiddelmyndighetene egne legemiddeløkonomiske utredninger på en rekke medisinske felt. Arbeidet utføres både innad ved Statens legemiddelkontroll og i samarbeid med ledende eksterne fagfolk og fagmiljøer. Det settes av 1,5 mill. kroner til formålet.

Etterutdanningstilbudet som gis av Komitéen for farmasøytisk etterutdanning (KFFE) er av stor betydning når det gjelder å opprettholde og videreutvikle kompetansen på farmasøytiske arbeidsplasser i Norge. Det settes av 0,5 mill. kroner.

Det settes av 8 mill. kroner til kjøp av/tilskudd til tjenester som tidligere ble finansiert av NMD, men som selskapet ble fritatt for i forbindelse med omdannelsen til et statsaksjeselskap i 1993.

I 1997 forvalter NMD følgende tjenester på vegne av helsemyndighetene:

- Beredskapstjenester - planlegging og administrasjon av sentrale og regionale beredskapslagre, herunder kontroll og rullering.
- Farmakologisk forskning under Norges Forskningsråd.
- Statistikk over legemiddelforbruket i Norge.
- Narkotikakontroll - kontroll og statistikkfunksjon for omsetning av narkotika.
- WHO-arbeid.
- Støtte til Samarbeidskomiteen for legemiddelinformasjon.

Legemiddelstatistikk er et sentralt verktøy for statlige legemiddelmyndigheter og fylkeslegene. Slik statistikk kan gi viktig informasjon om bl.a. legemiddelomsetning, forskrivning og bruk av legemidler, legemiddelpriser, pasienters egenbetalinger m.m. For å føre tilsyn med forhold vedrørende folketrygdens refusjoner, distribusjonsleddenes omsetningsmarginer, forskrivning av narkotiske og vanedannende midler m.m., er det nødvendig med større viten om det faktiske salget av legemidler fra apotek til publikum enn man har i dag. Den enkelte lege har i dag liten mulighet til å skaffe seg informasjon og systematisk oversikt over egen forskrivning, både med tanke på selvevaluering og kollegabasert læring gjennom sammenholdelse med andre legers forskrivning.

Apotek registrerer allerede idag alt salg på resept til enkeltkunder eller på rekvisisjon til sykehusavdeling/helseinstitusjon. Opplysningene er tilgjengelige i det enkelte apotek, men utnyttes i liten grad. Det vil bli iverksatt et arbeid for gradvis oppbygging av et system for utnyttelse av disse data til statistikk og tilsynsformål. Spørsmål knyttet til opprettelse av register og ivaretagelse av personvern vil bli nøye vurdert. Det avsettes 2 mill. kroner til videreutvikling av legemiddelstatistikk. Sosial- og helsedepartementet vurderer en fremtidig hensiktsmessig organisering/plassering av disse oppgavene.

9. Innovasjonsbistand til Helseregion 4

Sosial- og helsedepartementet og Næringsdepartementet har i fellesskap igangsatt et prosjekt for innovasjonsbistand til helsesektoren. Siktemålet er å styrke det lokale næringslivets muligheter for leveranser til helsesektoren over et bredt produktspekter. I første omgang vil dette bli organisert i regi av SINTEF og innrettet mot Helseregion 4. I en

oppbyggingsfase er det nødvendig med statlig finansiering. Det er avsatt 1,5 mill. kroner for 1998. Det bevilges tilsvarende beløp over Næringsdepartementets budsjett.

10. Tilskudd til Senter for helseadministrasjon

Det er inngått avtale mellom Sosial- og helsedepartementet og Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo om å bidra til å bygge ut nasjonal kompetanse på høyt nivå innenfor fagområder av betydning for utøvelse av god administrasjon og ledelse.

Avtalen er ment å gjelde i fem år med virkning fra 1. januar 1997, med en årlig ramme på 500 000 kroner.

11. Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene

Utvikling og drift av Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene videreføres. Også i 1997 har Sosial- og helsedepartementet sendt ut et rundskriv med nasjonale mål og hovedprioriteringer. Departementet har i samarbeid med Statistisk Sentralbyrå og Statens helsetilsyn publisert en landsomfattende samling med nøkkeltall fordelt kommunevis.

Som ledd i gjennomføringen av den nasjonale helse- og sosialpolitikken følger fylkesmenn og fylkesleger opp enkeltkommuner for å fremme en positiv utvikling. For 1997/98 er det særlig aktuelt å arbeide for forbedringer av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser, samt konkrete deler av pleie- og omsorgstjenesten. Videre arbeides det med forbedring av statistikkgrunnlaget.

12. Førstehjelpsprosjektet

Førstehjelpsprosjektet med gratis utdeling av lærebok i førstehjelp til alle 8-klassinger, læreveiledning og video vil bli videreført etter at boken er evaluert av Folkehelsa. For 1999 avsettes det 2,3 mill. kroner.

13. Informasjon om helsereformer

Det planlegges informasjonstiltak om fastlegereformen til befolkningen, legene og kommunesektoren m.v. Det vil også bli gjennomført informasjonstiltak om handlingsplanene knyttet til kreft og eldre. For 1999 avsettes det 1,2 mill. kroner.

14. Tidsskriftet Liv og Helse

Liv og Helse er Sosial- og helsedepartementets nye satsing på informasjonssiden. Tidsskriftet kommer ut med seks nummer i året, og skal informere om sosial- og trykdepolitikk, 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 1999 avsettes det 2 mill. kroner til produksjon og distribusjon.

15. Effektiviseringstiltak i statlige virksomheter

Det er avsatt midler til effektiviseringstiltak ved de statlige etatene under Sosial- og helsedepartementet. Bevilgningen fordeles primært til utviklingsprosjekter som dekker flere etater, og kommer i tillegg til de effektiviseringstiltak som ellers er innarbeidet i de respektive etatenes ordinære budsjetter.

16. Statistikkutvikling m.v. knyttet til handlingsplan for helse- og omsorgspersonell

Sosial- og helsedepartementet vil etablere en personellstatistikk bygd på statens og kommunenes personalsystemer og rapporter fra private helsevirksomheter. Det skal etableres et register som inneholder opplysninger om stillinger, personell og lønn. Driftsansvaret skal legges til en uavhengig statistikkenhet.

17. Oppfølging av Handlingsplan for IT i helsesektoren – Mer helse for hver bIT.

Det foretas årlig 12-16 mill konsultasjoner i primærhelsetjenesten, 3 mill polikliniske konsultasjoner i sykehus og 650 000 sykehusinnleggelses. Hver konsultasjon/innleggelse gir opphav til registrering, lagring, behandling og formidling av informasjon mellom pasienter, helsearbeidere, institusjoner og forvaltningsnivåer. Det er et mål å utvikle og effektivisere denne informasjonsbehandlingen og derved optimalisere og integrere prosessene i behandlingsskjeden (forebygging, egenbehandling, medisinsk behandling og omsorg). Anvendelse av IT i helsesektoren vil være nødvendig for å realisere dette målet. IT vil også kunne bidra vesentlig til realisering av helsepolitiske reformer og omstillinger i

helsesektoren. Det gjelder både i pasientbehandlingen, kvalitetssikringen, kompetanseutvikling og i styring, ledelse og organisering av helsetjenesten.

I 1998 har oppfølgingen av IT-handlingsplanen vært knyttet til utvikling, forvaltning og vedlikehold av datagrunnlag, kodeverk og standarder innenfor EDI, E-post og telemedisin (lab., rtg. pat. henvisn. epikr.) I tillegg er bevilgningen brukt til å utvikle og vedlikeholde medisinske og administrative kodeverk og klassifikasjonssystemer, kvalitetsystemer og å automatisere rapportering av data. Fra 1. januar 1999 innføres ICD 10 for koding av sykdommer i spesialisthelsetjenesten og NCSP for koding av behandlinger (prosedyrer).

Sikkerhet og regelverk for likestilling av papir og elektronisk informasjon er prioriterte tiltak i 1998.

Departementet har i samarbeid med Datatilsynet, Helsetilsynet og KITH utarbeidet veiledninger for informasjonssikkerhet ved elektronisk formidling av personopplysninger i helsesektoren. Det er i løpet av 1998 utarbeidet høringsutkast til fem veiledninger.

Det er foretatt høring på rapportene Elektronisk pasientkort i norsk helsetjeneste og Norsk helsenett.

Under Næringsutvikling i helsesektoren er det bl.a. gitt støtte til prosjektet Elektronisk handel i helsesektoren.

Under IT-handlingsplanen vil man i 1999:

- fortsette arbeidet med standardisering, utvikling og uttesting av elektroniske meldinger, sikkerhet, definisjonskataloger og kravspesifiseringer.
- videreføre samarbeidet med Nordisk WHO-center for klassifikasjon av sjukdomar og Nomesko (Nordisk Medisinastatistisk Komite)
- følge opp utredning om Norsk helsenett
- videreføre samarbeidet med Forvaltningsnettprosjektet under Administrasjons- og arbeidsdepartementet for å legge til rette for rasjonelle og kostnadseffektive innkjøp av IT-utstyr og tjenester i helsesektoren. Arbeidet ses i sammenheng med departementets oppfølging av utredning om Norsk helsenett.
- prioritere tiltak mht. sikkerhet og regelverk for likestilling av papir og elektronisk informasjon. Departementet arbeider med egen lovhjemmel for regulering av IT i helsesektoren, og det samarbeides bl.a. med ND, AAD og Datatilsynet om generelle sikkerhetsløsninger på IT-området, herunder TTP tjenester, elektronisk signatur m.m.
- vurdere anvendelse av smartkort i helsesektoren (helsepersonellkort og pasientkort), både som ledd i sikkerhet og som informasjonsbærer mellom nivåer og aktører.
- stimulere til økt elektronisk handel i helsesektoren.

Tilskuddet til NFRs forskningsprogram Informasjonsteknologi i medisin og helsetjeneste foreslås videreført i 1999. Programmet skal bidra til utvikling og anvendelse av IT i helsesektoren samt kompetanseheving og nyskaping for norsk industri med helsesektoren som markeds.

For 1999 foreslås bevilget ca 17,2 mill kroner til oppfølging av IT handlingsplanen, herunder nordisk samarbeid innenfor kode- og klassifikasjonsarbeid og 2 mill kroner til NFRs forskningsprogram IT i medisin og helsetjeneste.

18. Helsetjenesteforskningsprogrammet

Programmet flyttes fra kap. 603 post 21 til kap. 701 post 21 fra og med 1999. Programmets hovedmål er fremme forskning som kan utvikle og utvide kunnskapsgrunnlaget for å oppnå en bedre, mer effektiv og mer rettferdig helsetjeneste i Norge. Tidsrammen strekker seg fra 1994-1998. Programmet finansierer forskning om helseadministrasjon, -økonomi, -personell, tjenestenes kvalitet og effektivitet, medbestemmelse, prioritering og etikk. Programmet skal særlig stimulere forskning om tjenester til mennesker med langvarige lidelser, spesielt av psykisk og psykososial art. I 1997 finansierte programmet 17 prosjekter, hvorav 12 doktorgradsstipend og 1 postdoktorstipend. Bevilgning til forskning om forholdene for mennesker med psykiske lidelser gis over kap. 743. Det foreslås bevilget 2 mill. kroner for 1999.

19. Program for forskning innen alternativ medisin

Programmet flyttes fra kap 603 post 21 til kap. 701 post 21 fra og med 1999. Programmet for forskning om alternativ medisin er nå inne i første år av andre programperiode (1997-2000). Hensikten med programmet er å stimulere til forskning innen alternativ medisin for å vurdere effekt, eventuelt mangel på effekt av alternativ medisinsk behandling. Det er også et mål å oppmuntre til samarbeid mellom utøvere av alternativ medisin og skolemedisin. Programmet har i 1997 hatt en kurskoordinator som har arrangert kurs og møter av generell interesse for utøverne. Programmet har en 20 % veilederstilling

knyttet til universitetet i Tromsø. Dette er særlig viktig for dette programmet, da de fleste utøverne ikke har universitetstilknytning. Det foreslås bevilget 2 mill. kroner for 1999.

KAP. 702 NEMND FOR BIOTEKNOLOGI

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	4 648	4 730	5 450
	Sum kap. 0702	4 648	4 730	5 450

Det er overført fra 1997 til 1998:

Post 01: 5 000 kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

Bioteknologinemnda er rådgivende organ for Regjeringen. Nemnda er frittstående og har representanter fra ulike fagmiljøer og organisasjoner. Nemnda har et permanent sekretariat som er organisert som egen statsetat.

Det overordnede mål er å bidra til en etisk og samfunnsmessig forsvarlig utvikling av moderne bioteknologi i Norge.

Nemnda er høringsinstans for norske myndigheter i forbindelse med søknader om markedsføring av genmodifiserte organismer i EØS-området, lovsaker mv.

2. Resultatrapport 1997

Bioteknologinemnda har som frittstående rådgivende organ gitt uttalelser til flere saker.

Bla. ble Sosial- og helsedepartementets utkast til endring av bioteknologiloven vurdert. Nemnda anbefalte at hovedregelen må være at pasienten selv informer sine slektninger om en aktuell lidelse, gjerne supplert med skriftlig materiale fra legen/helsevesenet om den aktuelle lidelsen. Etter nemndas oppfatning bør således ikke helsevesenet orientere slektninger uten først å ha sikret seg pasientens samtykke.

Videre har nemnda anmodet Justisdepartementet å foreslå endring i forsikringsloven, med sikte på å hindre bruk av genetisk informasjon i forbindelse med forsikringssaker.

Nemnda prioriterte i 1997 videre arbeidet med Xenotransplantasjon (bruk av dyreorgan i mennesker), genmodifisert fisk, utsetting av genmodifiserte planter med markørgener med antibiotikaresistens.

3. Tilstandsvurdering

Bioteknologinemnda har følgende tilstandsvurdering :

Anvendelsen av moderne bioteknologi er i meget rask utvikling. Teknologien kan bidra til nye metoder for diagnostisering av sykdommer og nye legemidler for mennesker og dyr. På den andre siden er det behov for å sikre en etisk og samfunnsmessig forsvarlig utvikling.

Kartleggingen av menneskets arveanlegg vil åpne for ulike genetiske tester. Testene kan være nyttige i bekjempelse av sykdommer, men kan også åpne for diskriminering. Utviklingen på området vil etter nemndas oppfatning stille myndighetene overfor betydelige informasjonsoppgaver.

Landbruket og næringsmiddelindustrien vil i nær framtid bli stilt overfor valget om å ta i bruk genmodifiserte jordbruksvekster. I EU er flere genmodifiserte produkter godkjent for markedsføring. Det er foreløpig ikke aktuelt å dyrke genmodifiserte jordbruksvekster i Norge, men det antas at import av bearbejdede produkter basert på genmodifiserte råvarer blir aktuelt. Dette gjelder også ingredienser til fôr- og næringsmiddelindustrien. Forbrukerinformasjon og merking av genmodifisert mat er således et aktuelt tema.

4. Satsingsområder og mål for 1999

Ny nemnd er oppnevnt i april 1998. Nemnda er frittstående og vil etterhvert prioritere satsingsområder.

Stortinget har bedt om at lov om medisinsk bruk av bioteknologi skal evalueres. Bioteknologinemnda vil bli sentral i denne evalueringen.

Statskonsult har foretatt en evaluering av Bioteknologinemnda. På bakgrunn av evalueringen er det gjort endringer i mandat for- og sammensetningen av den nye nemnda

og sekretariatet foreslås styrket. Statskonsult tok også opp sekretariatets lokalisering og organisering. Sosial- og helsedepartementet vil i samråd med berørte departement vurdere om en alternativ organisering av sekretariatet er mer hensiktsmessig.

5. Merknader til budsjettforslaget for 1999

Det er innarbeidet en generell styrking på 0,5 mill kroner.

Antall årsverk var i følge det sentrale tjenestemannsregisteret 4 pr. 1. oktober 1996 og 4 pr. 1. mars 1998.

KAP. 703 HELSETJENESTEN FOR INNSATTE I FENGSEL

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 60</i>	5 525	5 050	5 500
60	Tilskudd til kommuner og fylkeskommuner, <i>kan nyttes under post 01</i>	56 674	59 000	61 100
	Sum kap. 0703	62 199	64 050	66 600

1. Formål og hovedprioriteringer

Målsettingen for fengselshelsetjenesten er at innsatte skal gis et likeverdig helsetilbud som befolkningen for øvrig. Tjenesten drives som en integrert del av den kommunale og fylkeskommunale helsetjenesten. Integreringen av fengselshelsetjenesten i den ordinære helsetjenesten gir en bedre faglig forankring for helsepersonellet i fengslene, en kvalitativt bedre tjeneste og letter rekrutteringen til et tungt arbeidsområde. Staten skal fortsatt beholde det overordnede ansvar for tjenesten. Det er behov for en videre oppbygging av kompetansen på dette fagfeltet.

2. Tilstandsvurdering

Det er betydelige helsemessige problemer blant innsatte i norske fengsler. Både psykiske og somatiske lidelser, alkohol- og stoffmisbruk er langt mer utbredt enn i befolkningen for øvrig. Forholdene er vanskeligst i Oslo-området, hvor det er en overrepresentasjon av langtidssonere med psykiske lidelser.

3. Virkemidler

Fra 1. januar 1995 har kommuner med fengsler en lovpålagt plikt til å yte helsetjenester til innsatte i fengsler.

Spesialisthelsetjeneste og tannhelsetjeneste til innsatte i fengsler, skal fortsatt være et fylkeskommunalt ansvar etter sykehusloven, lov om psykisk helsevern og lov om tannhelsetjenesten.

Det blir gitt øremerkede tilskudd til kommuner og fylkeskommuner for å sikre at kommuner som har fengselsanstalter makter å gi et like bra helsetilbud til innsatte som til resten av befolkningen. F.o.m. 1997 administreres tilskuddene av departementet. Tilskuddet for 1998 til den enkelte kommune og fylkeskommune ble fordelt på bakgrunn av tildelt tilskudd og rapporter om virksomheten for 1997. Den planlagte innlemming av tilskudd til legemidler og medisinsk utstyr i 1998-tilskuddet ble ikke realisert, fordi resultatene fra kartleggingen av forbruket i 1996 og 1997 som Statens helsetilsyn har foretatt ikke forelå tidnok. Denne innlemmingen vil det bli tatt sikte på å gjennomføre i 1999 og tilskuddet for 1999 vil bli vurdert og eventuelt justert på bakgrunn av de avtaler som gjaldt inntil lovendringen fra 1994 trådte i kraft, kommunenes rapportering om virksomheten i 1998 og den nevnte kartlegging.

4. Resultatrapportering for 1997

Departementet har utviklet et nytt rapporteringssystem for bruken av det øremerkede tilskuddet til helsetjenesten for innsatte i fengsel som ble gjort gjeldende f.o.m. tilskuddsåret 1997. Rapportene viser at en del kommuner ikke har hatt gode nok registreringsrutiner for virksomheten i 1997 men vil bedre denne i 1998. Resultatene gjengitt nedenfor baserer seg på kommunenes egne opplysninger. Fordi enkelte kommuner ikke har kunnet gi fullstendige opplysninger må resultatene tas med forbehold.

Av rapportene fremgår at kommunene i forbindelse med helsetjenesten til innsatte i fengsel har brukt 14 legeårsverk, 54 årsverk for sykepleiere, 8 årsverk for fysioterapeuter og 14 årsverk av annet personell. Det er gitt 17.500 legekonsultasjoner og 38.000 sykepleierkonsultasjoner, 1100 henvisninger til somatisk spesialisthelsetjeneste og 900 henvisninger til psykisk helsevern. Det har vært foretatt vel 200 og vel 350 innleggelser i hhv. somatisk sykehus og psykiatrisk institusjon.

Det øremerkede tilskuddet for 1998 til kommuner og fylkeskommuner med fengsel ble utbetalt etter at disse hadde sendt inn rapport og regnskap for bruken av 1997-midlene.

Psykiske lidelser og problemer er spesielt utbredt blant de sikringsdømte, som i hovedsak sitter på Ila landsfengsel og sikringsanstalt. 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 variere mye.

Ved den utbyggingen av tjenestetilbudet som skal skje gjennom Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006 vil også behandlingstilbudet til innsatte med psykiske lidelser bli vesentlig styrket.

5. Satsingsområder

Det er fortsatt nødvendig å styrke almenhelsetjenesten i en del anstalter for å kunne sikre forsvarlige helsetjenester. Arbeidet med å styrke kompetansen og kapasiteten til behandling av sedelighetsdømte innenfor det ordinære behandlingsapparat må videreføres. Det vises her til nærmere omtale under kap. 743 post 60. Det er fortsatt behov for å styrke innsatsen på dette området. Videre er det viktig å bedre samspillet mellom helsetjenesten for innsatte og psykiatriske institusjoner for å sikre rask tilgang til psykiatrisk institusjonsbehandling for alvorlig sinnslidende.

6. Merknader til de enkelte poster for 1999

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. 704 GIFTINFORMASJONSSENTRALEN

(jfr. kap. 3704)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	6 801	7 250	9 500
	Sum kap. 0704	6 801	7 250	9 500

Det er overført fra 1997 til 1998:

Post 01: 75 000 kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

Giftinformasjonssentralen skal gi informasjon og rådgivning i forbindelse med akutte forgiftninger og ved fare for forgiftninger. Dette gis vesentlig over telefon. Det besvares også spørsmål om forbindelser som kan gi fosterskader eller misdannelser, kronisk toksistet (giftvirkning) og andre toksikologiske problemer hvor det ikke finnes andre institusjoner som det naturlig å henvise til i øyeblikket.

I tillegg til å besvare henvendelser i direkte tilknytning til forgiftninger, besvarer institusjonen generelle spørsmål om toksistet i forbindelse med barnesikring i hjemmene, merking av produkter både fra produsenter og myndigheter, og fra verneombud når det gjelder kjemikalier i arbeidslivet.

Videre gis det skriftlig informasjon til sykehus, leger og almenheten.

2. Resultatrapportering 1997

Det har vært stor økning i antall henvendelser til Giftinformasjonssentralen de senere år. Økningen fra 1996 til 1997 var større enn den har vært de siste årene. Det skyldes bl.a. at primærleger og legevakter som er hardt belastet, ber dem som kontakter dem om forgiftningstilfeller å ta direkte kontakt med Giftinformasjonssentralen først og så heller komme tilbake hvis Giftinformasjonssentralen mener det er nødvendig.

År	Totalt antall henvendelser	Utenfor vanlig arbeidstid (på vaktene)
1994	16 432	10 090
1995	18 534	11 705
1996	20 457	13 274
1997	23 773	15 718

Gjennomgåelse av 14 302 henvendelser om akutte tilfeller viste følgende for 1996:

Ingen behandling nødvendig/behandling hjemme (drikke, skylling etc).....	9 989
Behandling hos lege	1 561
Sykehusinnleggelse	1 618

Tabellen viser at råd og veiledning fra Giftinformasjonssentralen kan redusere antall behandlinger av forgiftningsuhell hos lege og i sykehus.

Giftinformasjonssentralen deler ut informasjonsmaterieell for å hindre forgiftninger (brosjyrer, plakater). Materiellet deles ut gjennom apotek, helsestasjon, skoler, barnehager og frivillige organisasjoner. I 1997 ble det delt ut 188 500 brosjyrer og 25 000 plakater. Det har vært registrert økt etterspørsel etter plakater.

Behandlingsdokumenter (stensiler) sendes ut til sykehus og faxes til leger i forbindelse med akutte forgiftningstilfeller. Oppdatering av alle dokumenter ble avsluttet i 1997. Alle disse behandlingsdokumentene ble samlet i en perm sammen med antidotlisten og sendt ut til alle akuttavdelinger ved sykehusene. Permen er blitt meget godt mottatt, og det er en venteliste av sykehus/apotek som ønsker den.

Medarbeider fra Giftinformasjonssentralen har forelest ved kurs for anestesisykepleiere, ambulansepersonell, legemøter ved sykehus og om plantevernmidler ved landbruksskole.

I juli 1997 arrangerte Giftinformasjonssentralen et viktig internasjonalt møte på fagområdet EAPCCT Scientific Meeting og Minisymposium om "Work in Poisons Information Centre". Det var vel 200 deltakere fra hele verden. Møte ble meget vellykket.

Den 2. juli ble det arrangert et symposium om arbeidet i en giftinformasjonssentral, med foredrag av representanter fra sentraler i Europa og USA. Symposiet var viktig for deltagerne fra utviklingsland.

I 1998 arrangerer Giftinformasjonssentralen møte i Nordisk forening av giftinformasjonssentraler. Det blir deltakelse fra alle de fem nordiske land og fra de baltiske stater som er spesielt invitert.

3. Tilstandsvurdering

Både i Norge og i det internasjonale samfunn blir det stadig mer fokusering på forgiftninger og forgiftningsfare. Både ved uhell, selvpåførte forgiftninger og når forgiftningsfarer blir slått stort opp i mediene, er det viktig at enkeltmenneskene har et sted å henvende seg for å få nøktern og klar informasjon og veiledning om hva de skal gjøre.

4. Satsingsområder og mål for 1999

Giftinformasjonssentralen skal prioritere sin informasjons- og veiledningsfunksjon ved direkte kontakt med brukerne.

Utarbeidelse av det nødvendige bakgrunns materialet prioriteres. Det er nødvendig for at en skal kunne svare raskt og tilfredsstillende på henvendelsene.

Giftinformasjonssentralen i Norge står i de nærmeste år overfor en del utfordringer av internasjonal karakter:

- Besvarelse av et økende antall henvendelser, bl.a. på grunn av økt internasjonal samhandel med kjemikalier og legemidler og harmonisering av reguleringsbestemmelser i de forskjellige land.
- Økt behov for internasjonalt samarbeid med søsterorganisasjoner for utveksling av erfaringer og informasjon i vanskelige tilfeller og for å kunne arbeide for sikrere bruk og håndtering av kjemikalier.
- Økt behov for å kunne bistå giftinformasjonssentraler i utviklingsland med forskjellige former for støtte.

5. Merknader til budsjettforslaget for 1999

Post 01 Driftsutgifter

Driftsbudsjettet foreslås øket med 1,8 mill. kroner til styrking av etatens døgnvakt, faglig videreutvikling og for å forsøke å redusere høy gjennomtrekk i bemanningen. Antall årsverk ifølge det sentrale tjenestemannsregisteret var 14,6 pr. 1. oktober 1996 og 13 pr. 1. mars 1998.

KAP. 3704 GIFTINFORMASJONSSENTRALEN

(jfr. kap. 704)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
16	Refusjon av fødselspenger	166		
	Sum kap. 3704	166		

KAP. 705 KURSVIRKSOMHET OG STIPENDIER

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	1 889		
60	Rekruttering m.m. av helsepersonell	7 842	12 600	21 000
61	Utdanningstiltak, turnustjeneste m.v.	32 780	73 600	48 400
62	Bedriftsintern utdanning m.v.			33 200
71	Tilskudd til kurs og stipendier til personell innen helsevesenet m.m.	19 965	19 300	15 500
	Sum kap. 0705	62 476	105 500	118 100

Det er overført fra 1997 til 1998:

Post 01: 125 000 kroner

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen ble i 1997 bl.a. benyttet til Statistisk sentralbyrås analysemodell for beregning av framtidig behov for helse- og sosialpersonell samt utvikling av statistikk i den forbindelse. Bevilgningen for 1998 er flyttet til kap. 701, post 21. Det vises også til omtale av tiltak for rekruttering av helsepersonell fra utlandet, som i budsjettet for 1998 er overført til kap. 705, post 60.

Post 60 Rekruttering m.m. av helsepersonell

Det foreslås bevilget 21,0 mill. kroner til rekruttering av helsepersonell m.v. Formålet med bevilgningen er å bedre rekrutteringen til helsetjenesten og øke stabiliteten i helsepersonellstillinger. I bevilgningen inngår tiltak for å bedre helsepersonellsituasjonen i Nord-Norge og tiltak for økt rekruttering av helsepersonell fra utlandet.

I 1999 foreslås det i tillegg bevilget 15,0 mill. kroner til stabiliseringstiltak i primærlegetjenesten.

I 1998 ble bevilgningen på 12,6 mill. kroner fordelt på følgende tiltak:

- Tilskudd til Samisk spesialisthelsetjeneste (2,8 mill. kroner). Staten refunderer 75 pst. av driftsutgiftene ved Samisk spesialistlegesenter og barne- og ungdomspsykiatriske senter i Karasjok. Bevilgningen for 1999 er flyttet til kap. 701 post 21.
- Tilskudd til medisinsk forskning i Finnmark (1,8 mill. kroner). Midlene er brukt til støtte av diverse pågående forskningsprosjekter. Bevilgningen for 1999 er flyttet til kap. 730 post 62.
- Tilskudd til psykiatrisk forskningssenter i Troms og Finnmark (1,5 mill. kroner). Midlene er brukt til støtte av diverse pågående forskningsprosjekter.
- Tilskudd til økt stabilitet i helsepersonellstillinger (2,5 mill. kroner). Inkludert i bevilgningen er bl.a. tilskudd til spesialistutdanning for allmennleger i Finnmark (herunder samfunnsmedisin). I 1998 er det også etablert et prosjekt for veiledning av turnuskandidater i Nord-Trøndelag, Nordland, Troms og Finnmark.
- Tilskudd til forsøksprosjekt for å rekruttere legespesialister fra utlandet (1,0 mill. kroner). Tilskuddet er satt i gang av regionsykehusene og er forankret ved Haukeland sykehus. Prosjektet sluttføres i 1998.
- Tilskudd til rekruttering av helsepersonell (2,0 mill. kroner). Det planlegges å arrangere kurs i nasjonale fag for EØS-leger samt andre utenlandske leger. Det legges i første gang opp til kurs for leger i Nord-Trøndelag og Nord-Norge.
- 1 mill. kroner er overført Fylkeslegen i Oslo, for å styrke kapasiteten knyttet til økt arbeidsmengde forbundet med godkjenning av utenlandsk helsepersonell, jfr. St.prp. nr. 65 (1997-98).

I 1999 foreslås bevilgningen fordelt på følgende tiltak:

- Tilskudd til rekruttering og stabiliseringstiltak for helsepersonell (4,5 mill. kroner). Tiltaket har som formål å stimulere rekrutteringen av utenlandske leger til Norge, kvalitetssikre tilbudet av helsetjenester, samt å stimulere til nettverksordning for utenlandske leger. Bl.a. planlegger departementet å videreføre kurs i nasjonale fag for utenlandske leger.
- Videreføring av tilskudd til psykiatrisk forskningssenter i Troms og Finnmark (1,5 mill. kroner).
- Stabiliseringstiltak i primærlegetjenesten
Det foreslås avsatt 15 mill. kroner til tiltak for å bedre stabiliteten i primærlegetjenesten. Tiltakene skal legge til rette for innføringen av fastlegeordningen i alle landets kommuner. I 1998 ble det avsatt 6 mill. kroner til oppstart av tidsavgrensede stimuleringsstiltak. Tiltakene foreslås videreført og styrket i 1999.
For å bedre stabiliteten i allmennlegetjenesten i utkantkommunene, legges det opp til å bedre rekrutteringen av turnusleger og nyutdannede leger. Departementet ønsker å gjøre det mer attraktivt for unge leger å etablere seg i distriktskommuner. Tiltakene som foreslås er bl.a.:
 - Veiledningsordninger for turnuslegen og nyutdannede leger for å legge forholdene bedre til rette for oppfølging av unge leger i primærlegetjenesten.
 - Tilskudd til etterutdanning og spesialistutdanning foreslås for å legge forholdene bedre til rette for at leger i utkantkommuner kan ta etterutdanning eller spesialistutdanning i allmenn- og samfunnsmedisin.
 - Tilskudd til etablering av vikarordninger i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund og Legeforeningen for å avhjelpe situasjonen i kommuner med spesielle problemer med å rekruttere leger.
 - Tilskudd til legevaktssamarbeid som skal bidra til å prøve ut modeller for samarbeid mellom kommuner. Hensikten med dette er å redusere vaktbelastningen for leger, noe som i dag kan være en årsak til at det er vanskelig å rekruttere leger til distriktene.
Andre stimuleringsstiltak vil også bli vurdert.
- Stimuleringsstiltakene er et av flere virkemidler for å bedre stabiliteten i primærlegetjenesten. Det vises også til omtale under programkategori 10.10.

Post 61 Utdanningstiltak, turnustjeneste m.v.

Bedriftsinterne utdanninger for høyskoleutdannet personell er overført til en egen post 62. Departementet vil i 1999 vurdere behovet for eventuelle omprioriteringer mellom formålene under post 61 og post 62.

Formålet med bevilgningen er å bedre tilgangen på kvalifisert personell til helsetjenesten.

Tilskudd til gjennomføring av turnustjenesten i sykehus

De siste årene har det blitt tiltagende vanskelig å skaffe tilstrekkelig antall turnusplasser i sykehus for jordmorkandidater, fysioterapikandidater og medisinerere. Dette skyldes bl.a en økning i antall utdannede kandidater. Det er viktig å sikre at gjennomføringen av turnustjenesten ikke blir en flaskehals. I 1997 ble det derfor innført en tilskuddsordning for å kompensere for sykehusenes kostnader til veiledning av turnuskandidater fra de tre gruppene. Det gis tilskudd til sykehusene pr. turnuskandidat for kandidater som er utdannet i Norge og i utlandet. I 1997 ble det gitt tilskudd for ca. 560 kandidater. Bevilgningen foreslås videreført i 1999.

Videreutdanninger for høgskoleutdannet personell

(Det vises til tilskudd til bedriftsintern videreutdanning for sykepleiere og til stipendieordningen for stråleterapi omtalt under kap. 705, post 62.)

I tråd med Handlingsplan for helse- og omsorgspersonell 1998-2001, ble det i 1998 bevilget 11 mill. kroner til økt kapasitet i prioriterte etter- og videreutdanninger for høgskoleutdannet personell, nærmere bestemt innen eldreomsorg, miljøarbeid, kreftomsorg, anestesi-/operasjons-/intensivsykepleie, rehabilitering og klinisk cytologi for bioingeniører. Bevilgningen foreslås videreført. Midler til videreutdanninger i høgskolesystemet ble i 1998 overført til Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet for videre overføring til høgskolene. Dette foreslås også gjort i 1999. En del av midlene vil bli vurdert overført til fylkeskommunene via fylkesmann/fylkeslege. Videre vil Sosial- og helsedepartementet også vurdere å gi tilskudd til etterutdanning av sykehuspersonell.

Etter- og videreutdanninger for personell med helse-/omsorgsfag fra videregående skole

Prosjektet "Bedriftsintern videreutdanning av operasjonshjelpepleiere" ved Ullevål sykehus er avsluttet. Det er utdannet 10 hjelpepleiere i operasjonsteknikk. Evalueringsrapporten foreligger. Departementet vil avvente en eventuell oppfølgingsundersøkelse av operasjonshjelpepleiernes oppgaver som foreslått i evalueringsrapporten. Departementet vil i første omgang bidra til å spre erfaringer og utdanningsplan fra prosjektet til sykehus som selv måtte være interessert i å ta selvstendig ansvar for utdanningen. Det vises i denne sammenheng til følgende tiltak:

For 1998 ble det i tråd med departementets forslag i Handlingsplan for helse- og omsorgspersonell tildelt 11 mill. kroner i økonomisk støtte til etterutdanningstilbud for hjelpepleiere og andre med helse-/omsorgsfag fra videregående opplæring. Tilskuddsordningen omtales i rundskriv I-29/98. Bevilgningen foreslås videreført i 1999. Tilskuddene er fordelt etter objektive kriterier til kommuner, fylkeskommuner og statlige helseinstitusjoner. For resten av planperioden vil tilskuddene bli fordelt av fylkesmann/fylkeslege etter en nærmere vurdering av innsendte planer. Tilskuddene kan også nyttes til bedriftsinterne videreutdanninger for disse personellgrupper.

I 1998 ble det bevilget 2 mill. kroner i støtte til å utvikle videreutdanninger for personell med videregående opplæring. Målgruppen er hjelpepleiere og andre med helse- og omsorgsfag. Bevilgningen foreslås videreført i 1999. I samarbeid med Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet har SHD i 1998 invitert interesserte fylkeskommuner til å forestå utprøving av læreplaner for videreutdanninger. SHD tar sikte på at noen fylkeskommuner med aktuelt fagmiljø, står for utprøving av læreplaner.

Desentralisert sykepleierutdanning

I tråd med Handlingsplan for helse- og omsorgspersonell 1998-2001, ble det i 1998 bevilget 4 mill. kroner til å øke kapasiteten i de desentraliserte sykepleierutdanningene. Hensikten er å sikre nødvendig kvalifisert og stabil arbeidskraft i distriktene. Bevilgningen foreslås videreført i 1999. Utdanningen skal legges særlig til rette for erfarne hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Midlene overføres til Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, som fordeler beløpet til høgskoler som tilbyr desentralisert sykepleierutdanning, fortrinnsvis på deltid. Tilskuddet dekker deler av høgskolenes merkostnader som følge av å tilby studiet desentralt fremfor sentralt.

Post 62 Bedriftsinterne utdanninger for høgskoleutdannet personell*Bedriftsintern utdanning av sykepleiere (overført fra 705.61)*

Tilgangen på sykepleiere med nødvendig videreutdanning er i dag en flaskehals i forhold til å øke aktiviteten på sykehusene. Utdanningen av spesialsykepleiere finansieres av sykehuseier. Staten stimulerer utdanningsvirksomheten ved å gi, 35 000 kroner i tilskudd pr

kandidat som påbegynner spesialutdanningen. I 1997 ble det gitt støtte til 690 studenter i videreutdanning i anesthesi-, intensiv-, operasjons-, onkologisk og pediatrik sykepleie. For fortsatt å stimulere til rekrutteringen i de sykehusinterne videreutdanningene foreslås det å videreføre dette tilskuddet med 24 mill. kroner i 1999. (Det vises også til tilskudd på kap. 705.61.)

For 1999 vurderes det å overføre tilskuddet til bedriftsintern utdanning til fylkesmannen. Midlene foreslås fordelt til fylkeskommunene via fylkeslegene. Hensikten med overføringen til fylkesmann/fylkeslege er i større grad å kunne vurdere fordelingen i forhold til lokale behov og se disse i sammenheng med etterutdanning av hjelpepleiere o.a. med videregående opplæring.

Stortinget har vedtatt at ansvaret for de bedriftsinterne videreutdanningene for sykepleiere skal overføres til høgskolesystemet, jf. Budsjett-innst. S. Nr. 12 (1996-97). For å klargjøre hvordan vedtaket praktisk lar seg gjennomføre, satte Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet ned en bredt sammensatt arbeidsgruppe med representanter fra organisasjonene, sykehusene, høgskolene og ulike departementer. Arbeidsgruppen har samlet seg om en modell som innebærer fortsatt fylkeskommunal finansiering, der høgskolene overtar det faglige og administrative ansvaret for hele utdanningsløpet. Omleggingen vil sannsynligvis skje i perioden 1999-2000.

Utdanning av stråleterapeuter (overført fra 705.71)

Antallet studieplasser og stipendandeler til utdanning i stråleterapi er i skoleåret 1997/98 øket til 24 fra 12 elever foregående år. Utdanningskapasiteten for stråleterapeuter blir ytterligere utvidet skoleåret 1998/99 ved at en etablerer ny utdanning ved Haukeland sykehus. Studiet har mottatt søknader fra 8 kvalifiserte søkere som alle har fått studieplass. Antallet studieplasser ved Det Norske Radiumhospital er 22 i studieåret 1998/99. Alle kvalifiserte søkere har fått studieplass. Det foreslås en økning av tilskuddet til 8,2 mill. kroner til stimulering av utdanningskapasiteten for stråleterapeuter som ledd i oppfølgingen av Nasjonal kreftplan.

Utdanning av jordmødre i ultralyd (overført fra 705.71)

Bruk av ultralyd i svangerskapet krever utførelse av personell med spesialkompetanse. Det er i 1998 bevilget 1 mill. kroner til etablering av et prøveprosjekt på bakgrunn av en utdanningsplan for jordmødre i ultralyddiagnostikk. Utdanningen starter opp i 1998 og studenttallet skal minimum være 10 jordmødre. Tilskuddet videreføres med 1,0 mill. kroner til prøveprosjektet ved regionsykehuset i Trondheim hvor slik utdanning tilbys landets jordmødre. Arbeidsgiver skal bidra til finansiering av prosjektet. Prosjektet skal evalueres etter to driftsår.

Post 71 Tilskudd til kurs og stipendier til personell innen helsevesenet

Posten dekker tilskudd til kurs og stipend for helsepersonell, herunder Statens helsetilsyns eksterne kursvirksomhet, samt ulike typer etter- og videreutdanning. Formålet med bevilgningen er å øke helsepersonells kompetanse på prioriterte områder. I tråd med nordisk avtale er det også avsatt midler til Hälsovårdshögskolan i Göteborg.

Utvidet avskrivning av studielån for leger i utvalgte kommuner

I 1992 ble det som en prøveordning utbetalt midler til en ordning 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. Det foreslås 250 000 kroner til dekning av utgifter til dette formålet i 1999.

(Bevilgning til utdanning av stråleterapeuter og utdanning av jordmødre i ultralyd omtales under post 62.)

Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg

Norges bidrag til Nordiska hälsovårdshögskolan er ført opp med 10,5 mill. kroner.

*Programkategori 10.10 Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering***Programkategori 10.10 Kapitler**

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
0710	Statens institutt for folkehelse (jfr. kap. 3710)	289 879	282 700	292 400	3,4
0711	Statens rettstoksikologiske institutt (jfr. kap. 3711)	56 282	53 470	56 760	6,1
0712	Statens helseundersøkelser (jfr. kap. 3712)	42 146	39 695	41 200	3,7
0713	Statens ernæringsråd (jfr. kap. 3713)	7 781	18 100	23 500	29,8
0714	Statens tobakkskaderåd (jfr. kap. 3714)	16 149	30 850	36 420	18,0
0715	Statens strålevern (jfr. kap. 3715)	74 648	35 500	43 700	23,0
0716	Kreftregisteret (jfr. kap. 3716)	27 658	25 595	26 950	5,2
0717	Til gjennomføring av lov om svangerskapsavbrudd	26 771	29 600		-100,0
0718	Rehabilitering			136 500	-0,0
0719	Helsefremmende og forebyggende arbeid	115 656	117 990	167 215	41,7
	Sum kategori 10.10	656 970	633 500	824 645	30,1

Programkategorien fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post- gruppe	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
01-23	Driftsutgifter	569 480	529 660	588 370	11,1
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	8 724	8 370	10 135	21,1
60-69	Overføringer til kommuner	33 173	49 940	173 440	247,3
70-89	Overføringer til private	45 593	45 530	52 700	15,7
	Sum kategori 10.10				
	Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering	656 970	633 500	824 645	30,2

Kap. 717 post 01, 70 og 71 er overført til kap. 719 post 01, 71 og 72.

Overordnet formål med programkategorien*Kommunehelsetjenesten*

Kommunehelsetjenesten skal fremme folkehelse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold. Den skal være en pådriver overfor andre sektorer og medvirke i helsefremmende og forebyggende arbeid. Befolkningen i kommunen skal gis et dekkende, faglig forsvarlig og effektivt tilbud med utgangspunkt i lokale behov.

Kommunehelsetjenestens oppgave er også å sikre trygghet for at alle får hjelp til å diagnostisere og så langt som mulig behandle og rehabilitere sykdom. De kommunale

tjenestene er ledd i en behandlingskjede sammen med tjenester på andre nivåer og i andre sektorer. Det er viktig å sikre kvalitet i alle ledd.

Helsetjenestens grunnmur skal være en godt utbygget allmennhelsetjeneste. En stadig mer spesialisert og oppstykket helsetjeneste stiller store krav til ivaretagelse av et helhetsperspektiv i forhold til pasienten. Departementet gjennomførte et treårig forsøk med listepasientsystem i kommunene Tromsø, Trondheim, Lillehammer og Åsnes fra 1993-96, og la så fram Stortingsmelding nr. 23 (1996-97) Trygghet og ansvarlighet - Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen. Ved behandling av meldingen sluttet Stortinget seg til forslaget om å gjennomføre en landsomfattende fastlegeordning. Formålet med fastlegeordningen er å sikre befolkningen en god og tilgjengelig allmennlegetjeneste og bedre utnyttelsen av helseressursene gjennom systematisering og kvalitetsutvikling i samarbeidet mellom 1.- og 2. linjetjenesten. Alle landets innbyggere skal få tilbud om å velge fast lege i løpet av høsten 1999. Innbyggerne skal kunne føle seg trygge på at de blir behandlet og fulgt opp på en god og forsvarlig måte, og at de blir henvist til spesialisthelsetjenesten hvis det er nødvendig. Regjeringen legger til grunn at fastlegeordningen skal være i full drift, dvs i alle landets kommuner, fra januar 2000. Det vises til videre omtale under kap. 701 post 21.

Midlene til dekning av utgifter til kommunenes helse- og sosialtjeneste blir i all hovedsak gitt gjennom rammetilskuddet, jf. kap. 571 post 60 under Kommunal- og regionaldepartementet.

Bevilgninger til finansiering av oppgaver innenfor kommunehelsetjenesten er omtalt flere steder i budsjettforslaget. Bevilgninger til eldreomsorgen blir omtalt under kategori 09.70 Eldre og funksjonshemmede, og kommunale helsetjenester for personer med psykiske lidelser omtales under kategori 10.40 Psykisk helsevern. Folketrygdens finansiering av allmennlegetjenesten og fysioterapitjenesten omtales under kategori 30.50. Videre vises det til omtale av fastlegereformen og andre fagutviklingsprosjekter under kap. 701 og kap. 719.

Helsefremmende og forebyggende arbeid

Regjeringen konstaterer at livsstilssykdommer og såkalte "sam"-sykdommer er store utfordringer idag, og vil derfor gi helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid økt prioritet. Ved behandlingen av St.meld. nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid, jf Innst. S. nr. 118 (1993-94) vedtok et enstemmig Storting følgende fire hovedinnsatsområder i det forebyggende og helsefremmende arbeidet framover; skader etter ulykker, psykososiale problemer, belastningslidelser og astma, allergi og inneklimasykdommer.

Det er vedtatt følgende mål for innsatsområdene:

- Ulykkesdødeligheten skal reduseres med 25 pst. fra 1980 til år 2000. Ulykker som fører til sykehusinnleggelser og legebehandling skal reduseres med minst 10 pst. fra 1993 til år 2002.
- Positive levevaner, styrking av sosiale nettverk og reduksjon av helseskadelig atferd skal bidra til nedgang i sykehusinnleggelser, sykemeldinger, legebesøk og uføretrygding som skyldes *mentale lidelser* eller *psykososiale problemer*.
- Helsefremmende atferd, forebyggende tiltak i arbeidslivet, nærmiljøtiltak og tidlig intervensjon overfor de som rammes, skal føre til nedgang i langtidssykemeldinger og uføretrygding på grunn av *muskel-/skjelettlidelser*.
- Samordnet planlegging og tiltak mot *helseskadelig innemiljø* sammen med helsefremmende kunnskap og atferd og tidlig intervensjon overfor de som rammes, skal føre til stopp i økningen av forekomst av *astma og allergi* hos barn under 7 år og til mindre sykелighet og bedre funksjon i alle aldersgrupper.

I tillegg er følgende sentrale mål fastsatt:

- Reduksjon i for tidlig dødelighet (dvs. før 65 år) av *hjerter-karsykdommer* og *kreft*.
- Redusert inntak av *fett i kosten*, og økt forbruk av *frukt og grønnsaker*.
- Reduksjon i andelen daglig røykere blant unge.

Smittsomme sykdommer er fortsatt et prioritert felt gjennom oppfølging av smittevernloven. Samfunnet må opprettholde en beredskap som følge av bl.a. økt internasjonalisering. Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996 -2000 fokuserer på 2 hovedmål: Å redusere antall HIV-nysmittede og bedre livskvalitet og forlenge levetid til personer med HIV og AIDS i forhold til perioden 1990-95.

Som oppfølging av St.meld. nr. 16 (1995-96) Om erfaringer med lov om svangerskapsbrudd m.v. jf Innst. S. nr. 231 (1996-96) skal forebygging av uønskete svangerskap og abort styrkes. Det er et overordnet mål å redusere antall aborter, og forebygge uønskete svangerskap. Det arbeides med en ny handlingsplan for forebygging av

uønsket svangerskap og abort for perioden 1999-2003. Et overordnet mål er fortsatt nedgang i abortraten her i landet.

Sosial- og helsedepartementet har også ansvar for næringsmiddeloven og lov om samordnet næringsmiddelkontroll. Dette omfatter bl.a. hygiene ved produksjon og frambud av næringsmidler, merking og markedsføring av mat, bestemmelser om innhold av tilsetningsstoffer m.m. og drikkevann. Statens næringsmiddeltilsyn forvalter den samlede lovgivning om næringsmidler og kosmetikk. Landbruksdepartementet har det samlede budsjett- og administrative ansvar for Statens næringsmiddeltilsyn, og det vises til St.prp. nr. 1 Landbruksdepartementet.

For å imøtekomme krav til en moderne strålevernforvaltning er ny lov om strålevern og strålebruk under arbeid.

Forsøket med mammografiscreening i 4 prøvetylker går etter planen med mål om 30 pst. reduksjon i dødeligheten av brystkreft blant kvinner i alderen 50-69 år. Fra 1998 er forsøket utvidet med fem nye fylker. Som oppfølging av Nasjonal kreftplan skal det i løpet av programperioden iverksettes et landsdekkende tilbud så raskt personellsituasjonen tillater.

Rehabilitering

Rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med definerte mål og virkemidler hvor flere aktører samarbeider om å gi den nødvendige bistand og tilrettelegging for brukeren i hans eller hennes innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og sosial deltakelse. Hovedprinsippene for organisering av rehabilitering er følgende:

- bistand til rehabilitering skal gis i et brukerperspektiv og med brukerens medvirkning
- rehabiliteringsbistand til den enkelte skal koordineres med utgangspunkt i brukerens nærmiljø, og kommunenes ansvar og rolle skal tydeliggjøres
- opptreningsinstitusjonene, helsesportssentra og spesielle helseinstitusjoner skal inngå som deler av behandlings- og rehabiliteringskjeden
- kunnskaps- og ferdighetsgrunnlaget skal sikres gjennom forskning og utdanning
- kommuner og fylkeskommuner har hver for seg og i samarbeid ansvar for de ulike tiltak på rehabiliteringsområdet
- staten skal legge til rette for en målrettet politikk på området

Tilstandsbeskrivelse/resultatrapport 1997/98

Kommunehelsetjenesten

Det har i de senere årene vært en aktivitetsøkning i kommunehelsetjenesten målt i antall utførte årsverk.

I allmennlegetjenesten har antall utførte årsverk økt fra 3 305 i 1996 til 3 345 i 1997. Det har skjedd en overgang til flere driftsavtalehjemler mens antall utførte årsverk av fastlønnte leger er redusert. Selv om det totalt sett har skjedd en økning i tjenestetilbudet er årsverksinnsatsen i de minst sentrale kommunene blitt redusert fra 649 i 1995 til 620 i 1997. Antall utførte årsverk av fysioterapeuter er økt fra 3 208 i 1996 til 3 232 i 1997. Veksten i fysioterapiårsverk har skjedd i fastlønnede stillinger.

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
Allmennleger, antall årsverk (inkl. turnuskandidater)	3 016	3 211	3 265	3 301	3 305	3 345
- m/avtale	1 530	1 714	1 826	1 927	2 068	2 176
- fastlønn	1 150	1 133	1 061	966	830	756
- u/avtale	154	179	190	209	213	222
Fysioterapeuter, antall årsverk (inkl. turnuskand.)	2 695	2 892	2 921	3 032	3 208	3 232
- m/avtale	2 072	2 059	2 001	2 017	2 016	2 041
- fastlønn	420	610	689	757	827	856
- u/avtale	102	154	138	175	200	215
Utførte årsverk i skole- og helsestasjonstjenesten (ekskl. leger og fysioterapeuter)	1 416	1 712	1 925	2 096	2 147	2 214
Jordmødre, antall årsverk	109	161	160	201	222	236
Helsesøstre, antall årsverk	1 193	1 355	1 455	1 502	1 538	1 571

Kilde: SSB. Alle 1996 tall er foreløpige tall. Lege- og fysioterapeutallene inkluderer ikke personell i sykehjem og hjemmesykepleien.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

I 1997 var 2 713 årsverk knyttet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsesøstre, jordmødre og annet personell står for ca 82 pst. av årsverkene, mens fysioterapeutene og legene står for ca. 18 pst. I perioden 1987-96 har helsestasjons- og skolehelsetjenesten hatt en vekst på om lag 56 pst. målt i antall årsverk. Dette gjennomsnittet skjuler en stor variasjon mellom kommunene. Tallene forteller heller ikke fordeling av antall årsverk brukt i helsestasjon, grunnskole og videregående skole.

Data fra Statistisk sentralbyrå viser at det i årene fra 1986 til 1991 på landsbasis var årlige vekstrater på 5,5 pst. i antall årsverk utført i helsestasjonstjenesten, mens skolehelsetjenesten hadde en årlig vekstrate på 1 pst. i samme tidsrom. Økningen i årsverk må sees i sammenheng med opplysningene om at fødselstallet har steget med ca 19 pst. fra 1985 til 1990. Når det gjelder tendensen i utvikling for skolehelsetjenesten antar en at det er liten endring fra 1991.

Kommunene har noen problemer med å besette helsesøsterstillinger, men antallet ubesatte stillinger er redusert fra 1994 til 1996 - fra 10 pst. ledige til 8 pst.

I perioden 1988-93 har etablering av helsestasjon for ungdom vært et av innsatsområdene 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 1997 hadde ca. 130 kommuner etablert slik virksomhet.

Skader etter ulykker

I Norge er det omlag 400.000-450.000 ulykkesskader årlig som krever medisinsk behandling. Omlag 53.000 av disse krever sykehusinnleggelse. Ca. 1.600 dør av ulykker hvert år. Det er særlig barn, unge og eldre som rammes, og det er hjemmeulykkene som dominerer. Det har vært en gunstig utvikling med reduksjon av ulykker som fører til død, særlig i form av nedgang i trafikkuulykker med dødelig utgang, og i enkelte år reduksjon i antall fallulykker blant eldre.

Handlingsplan 1997-2002 Forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid er i gang og under oppfølging. Kommunebasert utviklingsarbeid vektlegges. Erfaringer viser at forebyggingstiltak som tar utgangspunkt i lokale skadetall og risikoforhold gir målbar effekt. Flere kommuner er i gang med ulykkesforebyggende arbeid innenfor rammen av WHO's Safe Community-konsept. Det er behov for styrket tverrsektoriell innsats, nettverksbygging og styrket rådgivning overfor kommunene, herunder faglig bistand og verktøy til å fremskaffe lokal skadestatistikk, anbefalinger om målrettede tiltak og oppfølging av igangsatte tiltak. For å styrke innsatsen på feltet, er det bl.a. behov for sterkere samordnet innsats fra departementene som står bak handlingsplanen, forskningsbasert arbeid, samordning av statistikkgrunnlag og kunnskap om effekt av virkemidler.

Psykososiale problemer

Undersøkelser i norske lokalsamfunn viser at psykiske problemer er svært utbredt. Det er også undersøkelser som antyder et betydelig problem blant barn og unge. Man finner tydelige tegn på mistrivsel og tilpasningsvansker hos 7-20 pst. av barna i alderen tre og fire år. Flere undersøkelser foretatt i ulike sosiale og kulturelle sammenhenger er kommet fram til at ca. 16 pst. av barn og unge viser tydelige tegn på mistrivsel og tilpasningsvansker som går ut over deres daglige fungering. Noen under halvparten av disse, omlag 7 pst. av barnebefolkningen, har alvorlige eller moderate vansker.

Psykososiale problemer er knyttet til den nære familie, arbeid, skole og lokalsamfunn, og det er her en finner de viktige potensialene for mestring av hverdagslivets krav og påkjenninger.

Det er fortsatt stor usikkerhet rundt både årsaksforhold og effektive forebyggende og rehabiliterende tiltak med hensyn til mentale lidelser og psykososiale problemer. For å styrke kunnskapen om psykososiale problemer og sosiale miljøfaktorerens betydning for psykisk helse, er det satt av midler til forskning på dette området.

Belastningslidelser

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

Årsaksforholdene er kompliserte. Individuelle, arbeidslivs og samfunnsmessige forhold synes å påvirke utviklingen av disse helseproblemene. Det er igang en rekke utviklings-, forsknings- og formidlingsprosjekt. Det er utarbeidet en statusrapport pr. 1. oktober 1997 som viser hvordan departementenes innsats i egen sektor og i tverrdepartementalt samarbeid har bidratt til oppfølging av tiltakene i Handlingsplan for forebygging av belastningslidelser (1994-98).

Under forskningsprogrammet Helse i arbeidslivet gjennomføres omfattende og tverrfaglige intervjuintervjuer med fokus på forebygging av belastningslidelser.

Informasjonsprosjektet Barn i bevegelse (1996-98) som setter fokus på barn og unges hverdag og deres muligheter til å være fysisk aktive, har utløst medieinteresse og oppmerksomhet og skapt engasjement blant fagfolk og i befolkningen generelt.

Astma, allergi og inneklimasykdommer

Mellom 7 og 9 pst. av skolebarna i Norge har astma, mens forekomsten av høysnue er 15-18 pst. Ut fra tilgjengelig datagrunnlag er det ikke mulig å avgjøre med sikkerhet om befolkningens sykkelighet av astma og allergi har økt på 1980- og 1990-tallet, selv om flere i dag får slike diagnoser. Som gruppe er astma, allergi og luftveissykdommer en folkesykdom og årsak til betydelig kronisk sykkelighet og ressursforbruk. Allergiske sykdommer anses å være en av de hyppigste kroniske plager hos barn.

Kunnskapsgrunnlaget på området er mangelfullt, og i regi av Norges forskningsråd er det satt igang to forskningsprogrammer med relevans for området: Inneklima og helse og Miljøforurensing og helse. Sosial- og helsedepartementet vil i samarbeid med sju andre departementer legge fram en handlingsplan for forebygging av astma, allergi- og inneklimasykdommer for perioden 1998-2002. Handlingsplanen foreslår tiltak for å forebygge utviklingen av plagene, bl.a. ved å legge tilrette for at astmapasienter kan lære om egen sykdom, egenmedisinering og mestring.

Mat og ernæring

Fettinnholdet i kosten er redusert fra 40 energi-pst. i 1975 til 34 energi-pst. i dag. Den positive utviklingen i perioden ser nå ut til å ha flatet ut. Nedgangen i fettinnholdet de siste 20 årene samt forandringer i kostens fettsyresammensetning, kan forklare en vesentlig del av reduksjonen i dødelighet av hjerteinfarkt i denne perioden.

Statens ernæringsråd har utarbeidet en utredning om helsemessig betydning av økt forbruk av frukt og grønnsaker. For å kunne følge utviklingen i matvarenes sammensetning, befolkningens kosthold og forekomsten av helseproblemer knyttet til kosthold, har Statens ernæringsråd, i nært samarbeid med Statens næringsmiddeltilsyn, et system for å overvåke dette. Som en oppfølging av St.prp. nr. 61 (1997-98) om Nasjonal kreftplan, har Statens ernæringsråd i 1998 styrket sitt arbeid med forebygging av kreft.

Økt internasjonal handel med mat innebærer økte utfordringer for tilsyn, vitenskapelig dokumentasjon og gjennomgang av regelverket. I 1997 ble St.meld. nr. 40 (1996-97)

Matkvalitet og forbrukertrygghet lagt fram med forslag til oppfølging på en rekke EØS-relaterte saker på næringsmiddelområdet. Som bl.a. oppfølging av Stortingets behandling, jfr. Innst. S. nr. 272 (1996-97), er det utarbeidet midlertidige retningslinjer for merking av genmodifisert mat, og det er etablert en godkjenningsordning for genmodifiserte og nye næringsmidler. Videre er Folkehelsa styrket med tanke på overvåking av næringsmiddelbårne sykdommer.

Tobakskader

Nedgangen i andelen dagligrøykere blant unge har stagnert på 90-tallet. Blant 16-19-åringer er det nå om lag 20 pst som røyker daglig, og like mange gutter som jenter. Men den internasjonale trenden med økning i av-og-til-røyking som skjedde på begynnelsen av 90-tallet, ser ut til å ha stanset opp på rundt 20 pst i denne aldersgruppa i Norge. Det er derfor meget viktig å føre innsatsen for røykfrihet blant 8. klassinger oppover i klassetrinnene og videreføre arbeidet blant eldre tenåringer slik at resultatet ikke bare blir en utsettelse av røykestart for mange elever. Pilotprosjektet i videregående opplæring i Vest-Agder har vist at opplæringstiltak i tobakksforebygging for undervisnings- og skolehelsepersonell er nødvendige forutsetninger for å oppnå gode resultater.

Serveringsbransjen hadde til dels sterke innvendinger før innskjerpingene i kravene til den røykfrie sonen i serveringssteder trådte i kraft 01.01.98. Noen restauranter og hoteller har valgt å gå lengre enn forskriften og har innført helt røykfrie lokaler. Det vil bli iverksatt en evaluering av tilsynsmyndighetenes (kommunene og Arbeidstilsynet) oppfølging av forskriften, herunder erfaringer med forskriften og hvilke tiltak som bør vurderes for å sikre at regelverket følges opp som forutsatt.

Færre barn blir utsatt for røyking innendørs i private hjem enn før. Når det gjelder røyking i svangerskapet, er det også der en gledelig nedgang i røykingen. Mens omkring 40 pst av de gravide røykte for ti år siden, var andelen redusert til 21 pst i 1995. Men det er fortsatt sterkt behov for økt kompetanse blant helsepersonell, og tilbudet bør tilbys aktivt til tannhelse- og sykehuspersonell. Det er behov for at ansvaret for videreutvikling av helsepersonells kompetanse blir forankret i fylkene.

Det er nå omtrent samme andel dagligrøykere (rundt 33 pst) blant menn som blant kvinner. Det innebærer at det de nærmeste åra må forventes en betydelig økning i andelen kvinner som får lungekreft og hjerte-/karsykdommer. Finnmark og Vest-Agder har flest dagligrøykere, Oslo og Akershus færrest. Sigarettforbruket pr røyker er lavere i Norge enn i de øvrige nordiske land og har i løpet av de siste fem årene gått noe ned. Det har også vært en viss overgang fra rulletobakk til ferdigsigaretter de siste fem årene. Dette er helsemessig gunstige endringer og må antas å ha sammenheng med den relative prisøkningen på rulletobakk.

Blant unge voksne av begge kjønn er det flest dagligrøykere blant dem med kort utdanning. Forskjellene i disse gruppenes helsetilstand vil øke betydelig dersom ikke røykingen reduseres raskere blant dem med kort utdanning.

Motivasjonen for å slutte å røyke har økt sterkt på 1990-tallet. Likevel er det lokale tilbudet om hjelp til røykeslutt fortsatt dårlig utbygd, selv om det har vært en viss bedring siden 1995. Det er derfor sterkt behov for en styrket innsats i kommunene for et lokalt tilbud. Som oppfølging av St.prp. nr. 61 (1997-98) om Nasjonal kreftplan har Statens tobakkskaderåd styrket sitt arbeid med forebygging av kreft. Røykestopp forebygger hjertedød etter hjerteinfarkt dobbelt så effektivt som anerkjente kroniske medisiner. Røykende pasienter er motiverte til å slutte de tre første dagene etter operasjonen, men deretter avtar motivasjonen raskt. Derfor er det viktig at et effektivt tilbud om hjelp til å slutte inngår i det tidlige behandlingsopplegget for pasientene.

Kreft

I 1995 var det ca. 19 870 tilfeller av kreft, hvorav 111 hos barn under 15 år. Det var ca. 10.385 kreftdødsfall, hvorav 26 barn. Den hyppigste kreftformen hos menn var prostatakreft og hos kvinner brystkreft. Den hyppigste kreftformen i absolutte tall er tykktarmskreft. Lungekreft er den kreftformen som krever flest liv i Norge, ca. 1600 pr. år. Omlag 80-90 pst. av disse tilfellene skyldes røyking.

Ved utgangen av 1995 var det ca. 124 000 personer i live som tidligere hadde fått en kreftdiagnose. Hyppigheten av de fleste kreftformer har økt i seneste 5-års periode. Sterkest har økningen vært for prostata hos menn og brystkreft hos kvinner (i antall) samt for lungekreft hos kvinner (i pst.). Det har også vært en økning i hud- og føflekkreft og tykktarmskreft hos begge kjønn.

Smittevern

Smittsomme sykdommer er fremdeles under bedre kontroll i Norge enn i de fleste andre land. God personlig hygiene og ernæring, vaksinasjon og trygge næringsmidler vil bidra til å bevare denne gunstige situasjonen. I mange andre land forverres situasjonen. I Nordens østlige nærområder kan det ventes økning i seksuelt overførbare sykdommer, inkludert HIV-infeksjon, og fortsatt høy forekomst av tuberkulose. Sykehusinfeksjoner og smittestoffers resistens mot antibiotika er en vedvarende trussel. Utvidelse av internasjonal handel kan gi økt risiko for flere tilfeller av næringsmiddelbårne infeksjoner i Norge. Det er derfor nødvendig med sterkere internasjonalt samarbeid om smittevernet, både med nærområdelandene, EU og WHO. Bedre medikamenter mot HIV gjør at HIV-smittede i Norge lever lenger, både før de får AIDS og etter at de har utviklet AIDS. Hyppigheten av nye HIV tilfeller ser imidlertid ut til å være like høy.

Miljørettet helsevern

I forbindelse med bl.a. Lokal Agenda 21 og oppfølging av Helsinkideklarasjon tyder mye på at arbeidet med miljørettet helsevern i kommunene må intensiveres. Dette innebærer såvel faglig som organisatorisk oppgradering. Flere av landets kommuner har et utstrakt samarbeid med det kommunale næringsmiddeltilsynet i dette arbeidet. Det er behov for fornyet regelverk og faglige retningslinjer på feltet. Lokal Agenda 21 om miljø og helse er viktig stimuleringsarbeid lokalt på dette området.

Uønskete svangerskap og abort

I 1997 ble det utført 13 979 svangerskapsavbrudd i Norge (foreløpige tall fra SSB). Dette er en nedgang på vel 300 i forhold til 1996, og det nest laveste tallet som er registrert siden 1983. Siden loven om selvbestemt abort ble innført i 1979, har antall svangerskapsavbrudd variert fra 13 531 i 1982 til 16 208 i 1989.

Strålevern

En utfordring er *faren for radioaktiv forurensing* fra våre nærområder - fra kjernekraftverk, atomdrevne fartøy og anlegg for lagring eller behandling av atomavfall og kjernevåpen.

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 og Statens strålevern oppgaver består i å realisere atomsikkerhetsprosjekter bl.a. i Russland, samt å delta som fagekspertise og være rådgiver i det generelle atomsikkerhetsarbeidet internasjonalt.

Den generelle loven innen strålevern, lov om bruk av røntgenstråler og radium m.v., er fra 1938. På grunn av lovens alder, og den utvikling som har skjedd innen strålebruk, ble det sommeren 1997 igangsatt en gjennomgang av strålevernlovgivningen med sikte på å fremme forslag om en revidert strålevernlov som i større grad fyller det behov som en moderne strålevernforvaltning krever.

I april 1998 ble det gitt konsesjon til drift av et lager/deponi for lavt og mellomlavt radioaktivt nedfall i Himdalen.

Rehabilitering

For mange brukere oppleves rehabiliteringstilbudet som utilstrekkelig og lite adekvat i forhold til egne behov. Rehabiliteringsfeltet beskrives ofte som fragmentert og uten tydelig organisering av ansvar og myndighet. Mangelen på målrettet samhandling mellom bistandsyttere med ulike oppgaver og ulik etatstilknytninger trolig en av de viktigste årsakene til at bistanden ikke er god nok.

Rehabilitering og habilitering i kommunene er hjemlet i lov om helsetjenesten i kommunene, men uten presise krav til kommunenes oppgaver og koordineringsrolle. Det er store forskjeller mellom kommunene med hensyn til dimensjonering, organisering og kompetanse. Det tverrfaglige samarbeide og samordningen er ikke tilfredsstillende i mange kommuner.

Fylkeskommunenes ansvar for å yte rehabilitering/habilitering følger av ansvaret for å yte spesialisthelsetjenester. Gjennomgang av fylkeskommunenes planer for rehabilitering og habilitering, kartlegging av eksisterende tilbud, og evaluering av tilskuddsmidler for styrking av feltet viser at fylkeskommunene har fulgt opp sine planer på området. Voksenhabiliteringstjenester er opprettet i alle fylker. Det samme er tilfellet med barnehabilitering og tilbudet til slappasienter. Egne rehabiliteringsavdelinger er opprettet i

15 fylker. Stimuleringsstilsuddet som ble innført i 1994 til fylkeshelsetjenesten har også bidratt til å styrke tilbudet til prioriterte målgrupper og til mer systematisk planlegging av tilbudet. Gjennom departementets forsknings- og utviklingssatsing de senere år er det spesielt satt fokus på forhold som angår rehabilitering, noe som har bidratt til å gi dette feltet økt oppmerksomhet. Viktige utviklingsområder for fylkeskommunal habilitering og rehabilitering de nærmeste årene vil bla. være relasjonen til de kommunale tjenester på området, forholdet til opptreningsinstitusjonene og de spesielle helseinstitusjonene, samt kunnskaps- og kompetanseoppbygging.

Kartlegginger som departementet har foretatt viser at det fortsatt er store kunnskaps- og kompetansemangler på rehabiliteringsfeltet. Den kunnskap som finnes er vanskelig å få oversikt over. Det har ikke vært en samlet prioritering når det gjelder kunnskapsutvikling på feltet og det er store sprik med hensyn til hva de ulike yrkesgrupper som deltar i rehabiliteringsprosessen lærer gjennom grunn-, videre- og etterutdanning. Organisering av kunnskaps- og kompetanseutvikling og formidling, blir dermed viktig for å kunne utvikle rehabiliteringsfeltet. Det vises til nærmere omtale av tiltak i St.meld. om rehabilitering som etter planen skal legges frem i løpet av 1998. Det er stor mangel på statistikk- og informasjonssystemer på rehabiliteringsområdet, både når det gjelder tjenesteproduksjon og data om resultatoppnåelse.

Virkemidler og forventede resultater

Kommunene skal bl.a. sørge for deltjenestene helsestasjonsvirksomhet og helsetjenester i skoler. Tjenestene omfatter forebyggende og helsefremmende arbeid for sped-, småbarn og skolebarn, målrettede undersøkelser, vaksinasjoner, hjembesøk til familier, foreldreveiledning, helseopplysning og habilitering. Virksomhetene skal også omfatte samarbeid om å bedre oppvekstvilkårene for barn og unge.

Helsestasjon for barn og unge (0-20 år) settes i fokus i 1999

Det vises til Stortingets behandling av St.prp. nr. 61 (1997-98), Nasjonal kreftplan 1998 - 2003, der Stortinget sluttet seg til Regjeringens forslag om å avsette 100 mill. kroner til styrking av kommunenes lokale engasjement innenfor forebyggende ernæringsarbeid og tobakksskadeforebyggende arbeid i løpet av planperioden. Midlene vil bli fordelt mellom Statens tobakksskaderåd og Statens ernæringsråd til oppfølging av lokale forebyggings tiltak. For forebygging av disse områdene er bl.a. skolen og helsestasjonene en viktig arena.

Det vises også til Stortingets behandling av St.prp. nr. 63 Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006, der Stortinget sluttet seg til Regjeringens forslag om å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten med 800 årsverk fordelt på ulike faggrupper i løpet av planperioden, svarende til 310 mill. kr i økte driftsutgifter ved utløpet av planperioden. Formålet er bl.a. å styrke arbeidet med å forebygge psykososiale problemer, spiseforstyrrelser mv. blant barn og unge, ikke bare pga. de lidelser dette medfører, men også fordi slike problemer kan medføre langvarige belastninger.

Svangerskapskontrollen av gravide ved jordmødre på helsestasjonen inngår i helsestasjonsvirksomheten, prevensjons- og abortforebyggende arbeid kan være andre viktige oppgaver for den obligatoriske jordmortjenesten.

Aksjonsprogrammet barn og helse har sitt siste virkeår i 1999. Arbeidsmåter utviklet gjennom programmet og gode prosjekter innenfor de enkelte handlingplaner innenfor det helsefremmende og forebyggende arbeidet vil bli fulgt opp bl.a. gjennom satsingen på helsestasjonsvirksomheten omtalt under. Dette gjelder f.eks. HEFRES (helsefremmende skoler) og Barn i bevegelse innenfor området forebygging av belastningslidelser, Trygge lokalsamfunn innenfor det ulykkesforebyggende arbeidet, samt oppfølging av ny handlingsplan for forebygging av astma, allergi og inneklime.

Statens helsetilsyns prosjekt "Videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten" ble avsluttet i 1997. Det er utarbeidet ny veileder for tjenestene, som skal implementeres i kommunene.

Det foreslås ytterligere en økning på 2 mill. kroner over kap. 719, post 21 for å styrke helsestasjonsvirksomheten for barn og unge (0-20 år) gjennom å:

- videreføre arbeidsmåter og metoder utviklet gjennom ovennevnte satsinger
- øke kompetansen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten på ulike områder - ikke minst når det gjelder nye metoder og tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid
- satse på videre metodeutvikling og dokumentasjon av det helsefremmende og forebyggende arbeidet innenfor disse områdene.

Når det gjelder miljørettet helsevern vil iverksettelsen av oppfølgingen av Helsinkideklarasjonen skje i 1999. Det vil videre bli utviklet regelverk og veiledningsmateriale. Samarbeid om Lokal Agenda 21 om miljø og helse vil fortsette.

De nasjonale hovedinnsatsområdene innenfor det *helsefremmende og forebyggende arbeidet* følges i hovedsak opp gjennom tverrdepartementale handlingsplaner og andre tverrsektorielle tiltak. Handlingsplaner er et viktig virkemiddel på innsatsområdene når kunnskapsgrunnlaget på områdene er mangelfulle og fordi det forutsettes et nært samarbeid mellom sektorer, faggrupper og forvaltningsnivåer for å oppnå resultater. Det er bl.a. iverksatt følgende handlingsplaner:

Handlingsplan for forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid (1997-2002), herunder WHO-konseptet Trygge lokalsamfunn, Handlingsplan mot selvmord (1994-98) og Handlingsplan for forebygging av astma, allergi og inneklimesykdommer (1998-2002) fortsetter i 1999. Handlingsplanen for forebygging av belastningslidelser avsluttes i 1998, mens arbeidet med å styrke fysisk aktivitet i befolkningen fortsetter. Forebyggingsinstitusjonene under denne kategorien bidrar aktivt innenfor handlingsplanene.

Aksjonsprogrammet barn og helse (1995-99) er i tillegg et formidlings- og samordningsprogram på alle innsatsområdene. Hensikten er å initiere til organisasjonsutvikling på kommunalt plan for å fremme barn og unges helse og oppvekstmiljø. Fylkeslegene er det utøvende ledd overfor kommunene. Det er skapt stor aktivitet og engasjement og bidratt til utvikling av tverrsektorielle arbeidsmåter både på fylkesnivå og i kommunene i arbeidet for barn og unge.

For å bedre kunnskapsgrunnlaget knyttet til årsaksforholdene og effektive forebyggende tiltak innen innsatsområdene, er det bl.a. igangsatt en rekke forskningsinnsatser med ulike innfallsvinkler.

I 1999 vil det bli lagt fram en faktarapport om psykososiale problemer og psykiske lidelser med oppsummering av eksisterende kunnskap om effektive forebyggende tiltak, jf oppfølging av St.meld. nr. 25 (1996-97).

Informasjon er det virkemiddelet som i dag blir brukt for å nå de ernæringsmessige målene, bl.a. frukt-grøntkampanjer, skole- og ungdomstiltak og undervisningsmaterieell for forebygging av spiseforstyrrelser blant ungdom. Bruk av helsebegrunnede særavgifter vil i fremtiden bli et viktig virkemiddel for å oppmuntre til et sunnere kosthold. Sosial- og helsedepartementet vil delta i jorbruksforhandlingene for å bidra til at ernæringsmessige hensyn blir ivaretatt.

For å redusere bruken av *tobakk blant barn og unge* rettes innsatsen spesielt mot prosjektene Røykfrie klasser, Røykfrie videregående skoler og Tobakksfri idrett. Også Røyketelefonen blir mye brukt av ungdom. Det vil videre bli lagt vekt på å styrke det lokale tilbudet om hjelp til røykeutt.

Innenfor *smittevern* fortsetter forskriftsarbeidet til smittevernloven av 1995. Det skal utarbeides nye forskrifter om skadedyrbekjempelse og karantenetiltak. Det skal utdannes et kull med sterilisentralledere. Arbeidet med å styrke norsk smittevernberedskap skal fortsette.

Det tas sikte på å starte en evaluering av Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996-2000 for å få vurdert om den forebyggingspolitikken som føres, bidrar til å innfri planens hovedmål om å redusere antall HIV-nysmittede.

Det arbeides med å utvikle en samordnet handlingsplan mot antibiotikaresistens. Arbeidet vil involvere flere departementer og statlige etater.

Sommeren 1997 ble det satt ned et offentlig utvalg for å utrede styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. Utvalget avgav i januar 1998 en delutredning om innpassing av samfunnsmedisinsk arbeid i en fastlegeordning. Utvalget fikk også i mandat å utrede de psykososiale forhold rundt svangerskaps- og fødselsomsorgen, jf. Stortingets vedtak under behandlingen av Dokument 8:20 7.mars 1997. Utvalget legger fram sin sluttutredning 7. oktober 1998. Departementet ser det som en prioritert oppgave å følge opp dette arbeidet. Videre har departementet satt i gang et arbeid for å utvikle indikatorer for den forebyggende virksomheten i kommunene.

For å forebygge forekomsten av uønskede svangerskap og abort vil dagens handlingsplan som utløper i 1998 bli erstattet med en ny handlingsplan fra 1999. Videre vil Stortingets behandling av St.meld. nr. 16 (1995-96) Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd m.v. fortsatt bli fulgt opp med bl.a. å styrke holdningsskapende arbeid, undervisning om samliv, seksualitet og prevensjon, gjennomføre et forsøk med samlivs- og prevensjonsveiledning i Trondheim. Tilskuddsordningen for forebygging av abort til organisasjoner o.l. vil bli videreført i 1999.

På strålevernområdet ble det i 1997 satt i gang en gjennomgang av lovgivningen med tanke på en lovrevisjon i 1999 for å møte kravene til strålevern og strålebruk. NHD i samarbeid med SHD har spørsmålet om forlengelse av konsesjon for drift av Halden- og Kjeller-reaktorene under arbeid. Til tiltak mot radon i privatboliger er det foreslått en tilskuddsordning på kap. 581, post 71.

Helseministeren tar sikte på å legge frem en folkehelsepolitisk redegjørelse for Stortinget våren 1999.

Folkehelsa har på oppdrag fra departementet lagt fram et konkret forslag til innhold i og organisering av et nasjonalt helseindikatorsystem. Forslaget har vært på en bred høring, og departementet vil be Folkehelsa om å arbeide videre med konkretisering og etablering av et slikt system i et nært og forpliktende samarbeid med andre berørte institusjoner.

Rehabilitering

I Stortingsmelding om rehabilitering som legges fram for Stortinget høsten 1998, vil departementet gi en utfyllende beskrivelse av rehabiliteringsfeltet, behov hos brukerne, organisering og finansiering av rehabiliteringstilbudet idag, og den fremtidige struktur for dette.

Tilskuddene til fylkeskommunene videreføres jfr. omtalen under kap. 718 post 60 (tidl. 720 post 62).

Statens helsetilsyn vil fortsette sitt arbeid med veiledere for ulike deler av rehabiliteringsfeltet, samtidig som departementets FoU satsing vil forlenges på prioriterte områder jfr. tilstandsbeskrivelsen ovenfor, og med særlig fokus på kunnskaps- og kompetansespørsmål. Resultater av forskning om rehabilitering i regi av Norges forskningsråd vil blant annet kunne si noe om virkning av tiltak og ulike organiseringsmåter.

Fastlegeordning

Fastlegeordningen skal iverksettes i alle kommuner i januar 2000. Departementet står overfor et omfattende reformarbeid og iverksettingsprosjekt som berører hele befolkningen, alle kommuner og allmennleger. I tråd med Stortingets forutsetninger er det etablert et samarbeidsorgan mellom Sosial- og helsedepartementet, Den norske lægeforening (Dnlf) og Kommunenes Sentralforbund (KS). Oslo kommune er representert i Samarbeidsorganet fom. høsten 1998. Andre sentrale samarbeidspartnere er Rikstrygdeverket og Statens helsetilsyn. Seks referansegrupper med deltakere fra bl.a. Dnlf, KS og brukerorganisasjoner har bidratt med innspill til arbeidet.

Høsten 1998 sendes det ut et høringsnotat som konkret beskriver utformingen av fastlegeordningen. Notatet omfatter forslag til nødvendige lov- og forskriftsendringer. Reformen krever et omfattende informasjonsarbeid; den skal evalueres og følges opp mht. tjenestens kvalitet og økonomiske konsekvenser. Det legges opp til å fremme en Ot. prp. for Stortinget våren 1999.

Tilpasning til fastlegereformen og tiltak for å bedre stabiliteten i allmennlegetjenesten

I Rundskriv I-38/97 blir kommunene bedt om å kartlegge behovet for framtidige legetjenester. Kommunene skal også legge en plan for primærlegetilbudet innenfor rammen av fastlegeordningen. Departementet har sendt ut ytterligere et rundskriv til kommunene høsten 1998 (Rundskriv I-39/98) der man ber om en kartlegging av allmennleger i kommunene i dag. Kommunene bes også om å utarbeide en plan for kurative legetjenester og behov for leger til offentlige legeoppgaver. I tillegg må kommunene konkretisere oppfølgingsoppgavene i 1999 i tilknytning til etablering av fastlegeordningen. Kartleggingen inngår som en del av departementets arbeid for å overvåke legemarkedet.

Stabilitet i primærlegetjenesten er vesentlig for å kunne gi fastlegeordningen et reelt innhold. Det er derfor problematisk at flere kommuner har vanskeligheter med å rekruttere leger til faste stillinger. Dette gjelder særlig kommuner i Nord-Norge, men også for enkelte utkantkommuner i andre deler av landet. For å dekke behovet for nødvendige allmennlegetjenester leies det inn korttidsvikarer. Dette gir lite kontinuitet i lege-pasient forholdet og kan gi et kvalitativt dårlig helsetjenestetilbud, spesielt for kronikere og pasienter med psykiske lidelser. For å bedre stabiliteten i primærlegetjenesten er det fra 1998 startet opp spesielle stimuleringstiltak, se omtale under kap. 705 post 60.

Regjeringens langsiktige strategi for å sikre stabilitet i legetjenesten er å øke tilgangen på leger. Det vises til at utdanningskapasiteten for medisinerer er økt i Norge og til at det er inngått avtaler om kjøp av utdanningsplasser i andre land. Videre har Arbeidsdirektoratet igangsatt et prosjekt for rekruttering av utenlandske leger fra EØS-land. Dette gjennomføres

i samarbeid med SHD, KS og Dnlf. Samtidig vil staten opprettholde en stram regulering av legemarkedet for å hindre overetablering av leger i sentrale strøk med tilsvarende vansker for utkantkommunene. For nærmere omtale av statlig regulering av legemarkedet og oppretting av nasjonalt råd, se kap. 733 post 21.

Overgang til fastlegeordning vil innebære endring i legekantorenes driftsinntekter. Dette har bidratt til å skape usikkerhet om framtidige inntekter for leger i utkantstrøk. Det understrekes at det i fastlegeordningen legges opp til avlønningsmodeller som i utgangspunktet sikrer legene rimelige inntektsmuligheter også i kommuner med få innbyggere. Det kan være behov for et relativt større antall leger i slike kommuner for å sikre nødvendig vakt- og beredskapstjeneste. Det skal utarbeides utjamningsordninger som skal gi et akseptabelt driftsgrunnlag også i utkantkommuner. For nærmere omtale av fastlegereformen vises det til kap. 701 post 21, samt St.prp. nr. 1 Folketrygden kap. 2600.

KAP. 710 STATENS INSTITUTT FOR FOLKEHELSE

(jfr. kap. 3710)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	211 593	185 580	192 850
21	Formidlingsvirksomhet	72 956	92 400	94 800
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	5 330	4 720	4 750
	Sum kap. 0710	289 879	282 700	292 400

1. Formål og hovedprioriteringer

Det overordnede mål for Statens institutt for folkehelse er å bidra til god folkehelse ved å forebygge sykdom og helseskader, fremme helse og bedre helsetjenestene. Instituttet driver egen forskning og produktutvikling, omsetter forskningsresultater til praktisk bruk og sammenstiller og formidler kunnskap.

Folkehelsen gir råd, veiledning og informasjon om forebygging og helsefremming til Sosial- og helsedepartementet, andre myndigheter, beslutningstagere og fagpersonell i helsetjenesten og en rekke andre brukere i offentlig og privat sektor. Folkehelsen deltar dessuten i et omfattende internasjonalt samarbeid om overvåking, 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: Fremme helse og trivsel og forebygge sykdommer og helseskader som skyldes sosiale miljøfaktorer

Hovedmål 4: Hjelp samfunnet å treffe beslutninger om forebyggende og kurative helsetjenester

2. Resultatrapport 1997

Hovedmål 1 Forebygge og bekjempe sykdommer som skyldes mikroorganismer

Et dataprogram for vedvarende registrering av sykehusinfeksjoner ble utviklet for landets sykehus for innføring i 1998.

Foreløpige data på forekomst av kronisk hepatitt C virus infeksjon blant gravide og på overføring av virus fra mor til barn ved fødsel førte til at det ble nedsatt et utvalg for å foreslå tiltak for nærmere kartlegging og for forebygging av smitte fra mor til barn.

I samarbeid med en flerregional gruppe for medikamentell behandling av pasienter med kronisk hepatitt C startet instituttet en virologisk kontroll av disse pasientene i 1997.

Intensivt overvåking av HIV-epidemien viste at færre HIV-smittede nå får AIDS og at AIDS-pasienter lever lenger, trolig som følge av forbedret behandling.

Instituttet har sammen med Statens helsetilsyn etablert en arbeidsgruppe som skal skaffe dokumentasjon for at WHO kan erklære landet som poliofritt år 2000.

En viktig del av Folkehelsas arbeid for å holde infeksjonssykdommer under kontroll består av veilednings- og informasjonsvirksomhet. I 1997 ble informasjon til helsepersonell og publikum om vaksiner intensivert.

I samarbeid med Statens næringsmiddeltilsyn, Veterinærinstituttet og Norges Veterinærhøgskole har Folkehelsa forberedt tiltak for å redusere eventuelle uheldige følger av en utvidet EØS-avtale på smittepresset i Norge.

Smittevernsamarbeidet med Norden og EØS-landene ble styrket i 1997, og instituttet deltar nå i internasjonal overvåking av bl.a. salmonelloser, AIDS, influensa og legionellose. Overvåkingen avslørte i 1997 det største utbruddet av kikhoste på flere tiår. Årsaken var ukjent, men sannsynligvis ikke svikt i vaksineoppslutning eller -effekt. Mange ble syke i skolealder; da er det lite igjen av beskyttelsen fra småbarnsvaksinasjonen.

I samarbeid med andre faginstanser er det utarbeidet en nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa. Målet med planen er å kunne redusere antall syke, pleie og behandle syke hjemme og på sykehus, opprettholde nødvendige tjenester i samfunnet når sykefraværet er høyt og legge tilrette for relevant informasjonsutveksling.

Et flerårig samarbeid med de nordiske land og Nederland har ført til at en vaksine mot lungebetennelse hos barn hovedsakelig for bruk i utviklingsland, er klar for utprøving hos mennesker. Vaksinebygget er tatt i bruk, og prøveproduksjon av meningokokkvaksine startet våren 1998.

Hovedmål 2 Forebygge sykdommer som skyldes kjemiske og fysiske miljøfaktorer

Rapporten fra det internasjonale ekspertmøtet i desember 1996 om matvareallergi og -intoleranse er blitt publisert. Fullføringen av rapporten fra det norske ekspertmøtet er nært forestående. Et internasjonalt ekspertmøte om sammenhengen mellom husstøvmidd og utvikling av til astma og allergi, med særlig fokus på Norden og Norge, ble holdt i september 1997. Presentasjonene ble publisert våren 1998. Forslag til reviderte veiledende normer for tobakksrøyk ble inkludert i normene for inneluftkvalitet.

Det er etablert et laboratorium for forsøk med støy med tanke på studier om oppfatning av støy, spesielt flystøy.

Et arbeid som skal bidra til å styrke kommunenes ulykkesforebyggende arbeid er utvidet i samarbeid med Sosial- og helsedepartementet. Ved Sentralsykehuset i Rogaland utprøves det nå en automatisk oppdatering mellom skaderegisteret og utskrivningsregisteret.

Sekretariatet for Program for vannforsyning har ferdigbehandlet 65 søknader om støtte til forbedringstiltak ved vannverk med innstilling til Kommunal- og regionaldepartementet. Vannforsyningen vil bli forbedret hos ca. 62.000 personer gjennom de 35 prosjekter som har fått støtte.

Folkehelsa ledet arbeidsgruppe 2 i fase II av den nasjonale oppfølgingen av Helsinkideklarasjonen om helse og miljø. Det er utarbeidet en rapport om eksisterende kunnskap om sammenhengen mellom miljøforhold og helse som grunnlag for en nasjonal handlingsplan.

Folkehelsa har en viktig rådgivningsrolle overfor departement, kommuner og fylkesleger m.v. Det har i 1997 bl.a. vært gitt råd og informasjon om oppfølging av drikkevannsforskriften, om bruk av akrylamid (Rhoca-Gil) til tetningsarbeidet i Romeriksporten og om støy og helseforhold; blant annet om forskrift om flytraseer for ny hovedflyplass på Gardermoen og i høring om reviderte retningslinjer om arealbruk i flystøysoner. Andre viktige saker har omhandlet diskotek/restaurantstøy, veitrafikkstøy, flystøy, skytestøy og støy i barnehager.

I 1997 fortsatte arbeidet med en brukerundersøkelse blant fylkesleger og helsepersonell i kommunene med sikte på å forbedre tilbakemeldingsrutinene til Medisinsk fødselsregister.

Hovedmål 3 Fremme helse og trivsel, og forebygge sykdommer og skader som skyldes sosiale miljøfaktorer

Utredning av nasjonalt helseindikatorsystem er gjennomført, og en sluttrapport med forslag om etablering av nasjonalt helseindikatorsystem foreligger. Utredningen inneholder forslag til indikatorer, forslag til innsamling av data og forslag til lokalisering av systemet. Sluttrapporten har vært på høring.

Programmet Bedre helse for mor og barn (Nyfødtkohorten) har i 1997 vært under planlegging, og et pilotprosjekt har pågått i Hordaland. Programmet skal gi kunnskap om sammenhengen mellom ulike faktorer under svangerskapet og barnets helsetilstand. Dermed legges et grunnlag for forebyggende tiltak rettet mot gravide og barn. Programmet tar sikte på å følge to årskull barn fra første svangerskapskontroll til voksen alder. Stortinget behandlet forutsetningen for oppstart av prosjektet ved behandling av St prp nr 65 (1997-98).

Folkehelsa er registeransvarlig for Medisinsk fødselsregister (MFR) som drives i samarbeid med Universitetet i Bergen. Arbeidet med implementering av nye skjemaer for meldepraksis av fødsel og journal ved svangerskapsavbrudd i samarbeid med Helsetilsynet og Datatilsynet er igangsatt.

Hovedaktiviteten ved Samfunnsmedisinsk forskningssenter i Verdal (SAVE) har i 1. halvår 1997 vært avslutningen av datainnsamlingen i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) som en del av CONOR (Cohort of Norway). HUNT er en omfattende epidemiologisk undersøkelse hvor en rekke helse- og sykdomstema kartlegges og analyseres. Oppslutningen om HUNT har vært god; totalt ca. 70 pst. frammøte. Det arbeides nå med å ferdigstille data fra undersøkelsen. I tillegg vil analyseaktiviteten bli trappet opp.

Folkehelsa bidrar i arbeidet med CONOR, en helseundersøkelse som nå starter opp i Hordaland.

Hovedmål 4 Hjelp samfunnet å treffe beslutninger om forebyggende og kurative helsetjenester

Folkehelsa støtter Cochrane-organisasjonen, som skaper oversikt over effekt av alle typer helsetjenester, bl.a. ved å oppdatere håndboken som beskriver metodene for å syntetisere kunnskap om effekt. Gjennom samarbeid med The Cochrane Collaboration deltar Folkehelsa i et internasjonalt arbeid for å lage en oppdatert og lett tilgjengelig database over effekten av alle former for behandling og forebyggende og rehabiliterende tiltak, inkludert sosiale, organisatoriske og økonomiske aspekter. Kunnskapsbasert medisin er integrert i etterutdanningstilbudene i folkehelsevitenskap og samfunnsmedisin.

En kartlegging av helsetilstand og hjelpebehov hos den hjemmeboende befolkningen over 70 år og alle personer i aldersinstitusjoner i Nord-Trøndelag er ferdig. Dataene er delvis bearbeidet, og en foreløpig rapport om prosjektet er avsluttet.

Spesialistkurset i samfunnsmedisin (Kommunelegekurset) startet opp i 1997 med 11 deltakere, altså knapt 50 pst. av kapasiteten. Dette antas å skyldes generell dårlig søknad til spesialiteten samfunnsmedisin for tiden. Det ekstraordinære modulbaserte spesialistkurset i samfunnsmedisin (MESS-kurset) er fullført etter planen med 26 deltakere.

Det er gjennomført etterutdanning i folkehelsevitenskap for fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten, og for helsesøstre og sykepleiere.

3. Tilstandsvurdering

Det vises til omtale under programkategori 10.10 Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering.

4. Satsingsområder og resultatmål for 1999

Hovedmål 1 Forebygge og bekjempe sykdommer som skyldes mikro-organismer

Gjennomføre første fulle driftsår av et nasjonalt system for overvåking av sykehusinfeksjoner.

Starte Norsk overvåkingssystem for resistens hos mikrober (NORM) og lede prosjektarbeidet med å utforme en nasjonal tverrsektoriell plan mot antibiotikaresistens under ledelse av en tverrdepartemental styringsgruppe og i samarbeid med representanter for universitetsmiljøene, Helsetilsynet og andre departement. Planen innebærer bl.a. overvåking av resistens hos mikrober fra mennesker, dyr og næringsmidler, standardisering og kvalitetssikring i laboratorium og humanmedisinsk og veterinærmedisinsk forskning.

Gjennomføre tiltak for å møte forventet økt smittepress i forbindelse med folks økende reisevirksomhet og økt internasjonal handel med dyr og næringsmidler.

Arbeide med dokumentasjon til WHO som kan gjøre at Norge blir erklært poliofritt i år 2000.

Følge opp nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa i samarbeid med andre faginstanser.

Øke det internasjonale samarbeidet om overvåking av og vern mot smittsomme sykdommer, særlig innenfor Norden og dets nærområder, EU og WHO.

Videreføre arbeidet med de oppgaver Folkehelsa er tillagt i Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996-2000 med spesiell vekt på markedsføring av HIV-test og bedret smittevernveiledning og smitteoppsporing, informasjon til leger om tidlige tegn på HIV-infeksjon, studie av HIV-positives livssituasjon og levetid med HIV, og studie av nordmenn smittet i utlandet.

Styrke overvåking og forebygging av hepatittvirusinfeksjoner.

Bedre publikumsinformasjon, særlig gjennom Internett, om smittsomme sykdommer og vaksinasjon, herunder råd om smittevern på reiser i utlandet.

Prøve ut systemer for elektronisk melding om smittsomme sykdommer i Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) og automatisk resultatpresentasjon på Internett for å styrke informasjonen om smittevernet til helsepersonell.

Avholde egen smittevernøvelse og forberede deltaking i øvelse TOTEX 2000.

Hovedmål 2 Forebygge sykdommer og helseskader som skyldes kjemiske og fysiske miljøfaktorer

Styrke kunnskapen om ute- og innemiljøets betydning for utvikling av astma, allergi og inneklimasykdommer.

Styrke forskningen i genetisk epidemiologi for bedre å avklare miljøfaktorens betydning for helse.

Bidra til kunnskapsutviklingen når det gjelder eksponering for og virkninger av hormonliknende stoffer.

Bidra til kunnskapsutvikling når det gjelder faktorer i kosten som virker fremmende og hemmende på utvikling av tykktarmskreft, samt genetiske faktorens betydning for mottakelighet.

Oppfylle samarbeidsavtalen overfor Statens forurensningstilsyn vedrørende løpende rådgivning om helseeffekter av eksponering for nye og eksisterende kjemikalier, herunder bistå i oppfølgingen etter kartleggingen av kjemikaliearbeidets organisering i Norge.

Oppfylle samarbeidsavtalen overfor Statens forurensningstilsyn vedrørende løpende rådgivning om helseeffekter av eksponering for forurensninger i uteluft, herunder utarbeide forslag til reviderte normer for svevepartikler.

Bistand med kontrollparameter for røykfrihet i serveringslokaler.

Oppfylle samarbeidsavtalen overfor Statens næringsmiddeltilsyn vedrørende løpende rådgivning om helseeffekter av fremmedstoffer (tilsetningsstoffer, naturlige gifter og forurensninger) i mat og drikkevann. Bidra til vannverksregistrering som gir aktuell statistikk, og er å i tråd med KOSTRA-prinsippet.

Bidra til å styrke ulykkesforebyggende innsats gjennom formidling av skadestatistikk og forskningsbasert kunnskap, herunder anbefalinger om effekt av skadeforebyggende tiltak.

Bistå kommuner og lokalsamfunn med rådgivning, hjelpeverktøy og oppfølging i det praktiske arbeidet med ulykkesforebygging, herunder ivareta sekretariatsfunksjonen for Trygge lokalsamfunn.

Føre tilsyn etter genteknologiloven om innesluttet bruk av genmodifiserte organismer.

Hovedmål 3 Fremme helse og trivsel. Forebygge sykdommer og skader som skyldes sosiale miljøfaktorer

Fortsette arbeidet med en konkretisering og gradvis oppbygging av et nasjonalt helseindikatorsystem (indikatorsystem for folkehelse) i et nært og forpliktende samarbeid med andre statistikk- og forebyggingsinstitusjoner.

Etablere internasjonalt samarbeid i overvåking av helsetilstanden i befolkningen, bl.a. med grunnlag i det nasjonale helseindikatorsystemet.

Igangsetting av hovedprogrammet i nyfødtkohorten "Bedre helse for mor og barn", inkludert styrket infrastruktur og omfattende informasjonstiltak til publikum.

Hovedmål 4 Hjelp samfunnet å treffe beslutninger om forebyggende og kurative helsetjenester

Utarbeide faktarapport som inngår i Folkehelse rapporten 1999. Faktarapporten ferdigstilles våren 1999, og inneholder bl.a. en redegjørelse for den generelle utvikling i helsetilstanden i befolkningen og resultater av det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

Fornye eksisterende og ferdigstille nye systematiske oversikter over effekter av forskjellige former for etterutdanning, kvalitetssikring, organisering av helsetjenester og behandlinger, spesielt muskel- og skjelettlidelser.

Gjennom utdanning og rådgivning hjelpe andre til å utføre og utnytte systematiske oversikter og forbedre bruken av forskningsresultater i beslutningsprosesser.

Samarbeid med ulike organisasjoner med mål om å identifisere hindringer for bedre informerte beslutninger om helse spørsmål, utvikle strategier for å overkomme disse hindringene og å yte konkret hjelp til helsearbeidere, brukere, administrative og politiske beslutningstakere og journalister.

Gjøre relevante og pålitelige forskningsresultater om viktige helsespørsmål mer tilgjengelige gjennom det generelle Cochrane-samarbeidet og de forskjellige Cochrane-databasene, og støtte beslutningstakere i forhold til konkrete beslutninger som de søker råd om.

Evaluerer tiltak for å forbedre bruk av aktiv sykmelding.

Videreføre prosjektet med å utvikle indikatorer på kommunenes innsats i forebyggende og helsefremmende arbeid. Prøve ut og innarbeide disse i relevante statistikk- og rapporteringssystemer, bl.a. KOMMUNE-STAT-RAPPORTERING (KOSTRA).

5. Merknader til de enkelte poster for 1999

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 420,4 pr. 1. oktober 1996 og 410,8 pr. 1. mars 1998.

KAP. 3710 STATENS INSTITUTT FOR FOLKEHELSE

(Jfr. kap. 710)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
02	Salgs- og leieinntekter	77 876	62 280	63 850
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	2 363		
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	1 786		
	Sum kap. 3710	82 025	62 280	63 850

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. 711 STATENS RETTSTOKSIKOLOGISKE INSTITUTT

(Jfr. kap. 3711)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	53 998	51 330	52 900
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, kan overføres	2 284	2 140	3 860
	Sum kap. 0711	56 282	53 470	56 760

Overført fra 1997 til 1998:

Post 01: 1 210 000 kroner

Post 45: 107 000 kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

Instituttet har et nasjonalt ansvar for analyse av rusmidler, medikamenter og gifter i prøver fra personer hvor analysesvaret kan få strafferettslige eller tilvarende konsekvenser. Instituttet er akkreditert siden 1996. Videre har instituttet ansvar for tolkning av analyseresultatene slik at rekvirentene best mulig får besvart de praktiske spørsmål som stilles i enkeltsakene.

Ved mistanke om overtredelse av Vegtrafikkloven, andre lovbestemmelser ved mistenkelige dødsfall og i kontrollsammenheng i kriminalomsorg og i visse yrkesliv- og sosial medisinske saker avgis det fortolkede analysesvar mht. alkohol, legemidler, narkotika og andre rusmidler og det avgis sakkyndige uttalelser til rettsvesen og påtalemyndighet i rettstoksikologiske spørsmål. Instituttet er nasjonalt kontrolllaboratorium for andre laboratorier som utfører rusmiddelanalyser i landet. Metodologisk og rusmiddel-epidemiologisk forskning er prioriterte oppgaver som bidrar til å avklare rusmiddelsituasjonen i landet. Instituttet driver også biomedisinsk forskning vedrørende

rusmidlenes virkninger. Instituttet formidler kunnskap om rusmidlenes omsetning i kroppen og deres biomedisinske virkninger gjennom undervisning og informasjonsvirksomhet ovenfor en rekke målgrupper.

Det overordnede mål for virksomheten er: Færre rusmiddel- og medikamentskader.

Hovedmål 1: Avgi rettssikre besvarelser på spørsmål om skadelig bruk av rusmidler og medikamenter hos enkeltindivider

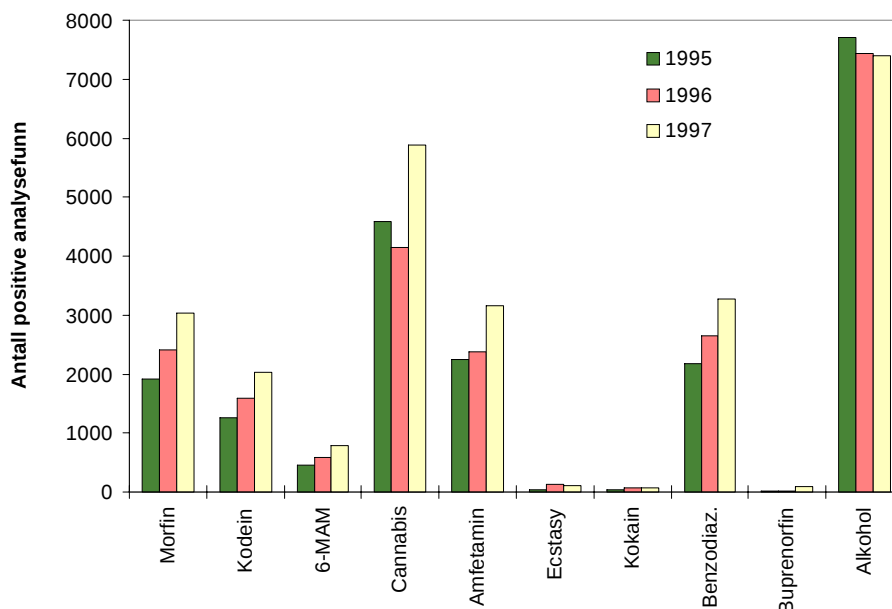
Hovedmål 2: Øke kunnskapen i samfunnet om virkningene av rusmidler og medikamenter

2. Resultatrapport 1997

Totale antall mottatte saker for analyse og fortolkning var omtrent det samme som i 1996 (ca. 40.000). I saker med primær mistanke om kun alkoholpåvirkning ble det mottatt ca 20 pst. færre saker enn året før. Hovedårsaken til denne nedgangen er måling av alkohol i utåndingsluft i stedet for i blod. Antall saker med mistanke om påvirkning av andre rusmidler enn alkohol var ca 15 pst. høyere enn i 1996. Noen av de større politikamre som har tatt i bruk bevisinstrument for utåndingsluft har sendt inn færre prøver enn forventet. Årsaken til dette utredes av SHD i samarbeid med JD. Antall brukssaker, som stort sett innebærer analyse av narkotika i urin øket med 45 pst. fra året før. Antall obduksjonssaker var omtrent uendret og saker fra kriminalomsorgen lå 15 pst. under det rammetallet som er avtalt med fengselsvesenet. Antall yrkeslivssaker var ca 25 pst. lavere enn forventet, mens antall sosialmedisinske sakene øket med ca 50 pst. fra året før.

Som vist i Fig. 1 er det en betydelig økning i totalt antall positive analysefunn i perioden 1995-97. Forekomsten av cannabis i de prøvene som kommer til SRI økte med ca. 35 pst. og er nå nesten like hyppig som alkohol. Dette skyldes sannsynligvis en økning i brukshyppigheten. Heroin (morfin), amfetamin og benzodiazepiner er omtrent en 1/3-del så hyppig som alkohol. Forekomsten av ecstasy viser ingen økning og ble påvist i et beskjedent antall saker. I sum viser dette at andelen av prøver med positive funn øker og det er et økende antall forskjellige stoffer i hver prøve. Således har analysevirksomheten økt betydelig det siste året selv om saksmengden har vært konstant.

Fig.1



Det er avgitt avgitt ca. 1500 skriftlige sakkyndige uttalelser i 1997 som er en økning på 8 pst. fra året før og i ca 220 av disse sakene ble det avgitt vitnemål for retten i form av rettsfremmøte eller telefonavhør.

Som et resultat av det løpende metodeutviklingsarbeidet er andelen av akkrediterte analysemetoder utvidet med flere nye metoder. SRI utøver kvalitetskontroll av 36 andre

analyselaboratorier i Norge. Alle disse laboratoriene har et mer begrenset analysertilbud enn SRI. For å styrke metodeutviklingen er et nytt avansert analyseinstrument (GC/MS/MS) anskaffet spesielt for å møte internasjonale krav til analysesikkerhet og for å kunne påvise stoffer som finnes i særdeles lave konsentrasjoner. Videre er et nytt screening instrument tatt i bruk for å øke kapasitet og det er nå etablert metode for påvisning av enkelte nye antidepressiva (av typen "lykkepillen").

Som en del av kartleggingen av den analytisk nøyaktighet og riktighet ved bruk av utåndingsluft for bevissikring i vegtrafikksaker er det utarbeidet en rapport om et bevisinstruments (Intoxylizer 5000N) ytelse ved lav promille (rundt 0.2 promille).

Når det gjelder biomedisinske prosjekter er man i ferd med å avslutte et større prosjekt som omhandler endringer av legemiddelkonsentrasjonen i blod etter dødens inntreden. Dette har ledet til endret tolkning av analysefunn ved obduksjoner. Antall trykte artikler (16), vitenskapelige (26) og populærvitenskapelige (81) foredrag om rusmiddelrelaterte spørsmål var omtrent som for 1996.

3. Tilstandsvurdering

- Norge ligger fortsatt på verdenstoppen når det gjelder oppdaget påvirket kjøring som følge av medikamenter og andre rusmidler enn alkohol. Dette skyldes først og fremst at norsk politi er meget oppmerksomme på slik kjøring.
- Det er øket frekvens av rusmiddelfunn og større grad av blandingsbruk i slike trafikksaker som antakelig reflekterer at denne sakskategorien i stor grad omfatter rusmiddelmisbruk.
- Betydelig økning av brukssaker viser at politiet har intensivert arbeidet mot enkeltpersoners bruk av rusmidler.
- Den store økningen av saker fra sosialomsorgen kan bl.a. tyde på at bruk av rusmidler hos personer som har omsorg for barn sees på som et økende problem.
- Nedgangen i yrkeslivssaker reflekterer både en skeptisk holdning blant norske arbeidsgivere/arbeidstakere til denne typer kontrollvirksomhet (kontroll ved urinprøver) og at noe av denne type virksomhet er overført til utenlandske laboratorier.

4. Satsingsområder og resultatmål for 1999

Som en oppfølging av virksomhetsplanen vil instituttet videreføre arbeidet med å effektivisere analysevirksomheten ved bl.a. å gjøre volumproduksjonen mer strømlinjeformet slik at en større del av ressursene kan settes inn på å løse spesialsaker, øke antall nye metoder, styrke kvalitetssikringsarbeidet og bedre oppfølgingen av utviklingsprosjektene. En håper at dette vil kunne gi seg utslag i kortere svartid både for rutinesaker og spesialsaker, at man skal være i stand til å analysere flere typer legemidler og rusmidler og at kvalitetsikringen og tolkningen av analyseresultater kan styrkes ytterligere.

Resultatmålene for 1999 er som følger:

RESULTATMÅL FOR VIRKSOMHETEN (Behandlede saker)	Resultat 1997	Måltall 1998	Måltall 1999
Besvare spørsmål om påvirkning av alkohol	3 673	3 500	3 100
Besvare spørsmål om påvirkning av andre rusmidler enn alkohol	6 121	5 400	5 400
Besvare spørsmål om bruk av andre rusmidler enn alkohol ..	2 358	1 850	1 850
Avklare årsakssammenhenger ved dødsfall	1 813	1 700	1 700
Besvare spørsmål om rusmiddelbruk hos innsatte i fengsel og åpen anstalt	20 462	24 000	24 000
Besvare spørsmål om skadelig bruk av rusmidler i yrkes-saker.....	2 744	4 500	3 500
Besvare spørsmål om skadelig bruk av rusmidler i sosial-medisinske saker	1 743	1 000	2 500

5. Merknader til budsjettforslaget for 1999

Post 01 Driftsutgifter

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 80,6 pr. 1. oktober 1996 og 84,6 pr. 1. mars 1998.

Post 45 Større utstysanskaffelser og vedlikehold, kan overføres

Posten foreslås styrket med 1,7 mill. kroner til anskaffelse av nødvendig utstyr.

KAP. 3711 STATENS RETTSTOKSIKOLOGISKE INSTITUTT

(jfr. kap. 711)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
03	Diverse lønnsinntekter	4 482	690	710
16	Refusjon fødselspenger	424		
17	Refusjon lærlinger	74		
	Sum kap. 3711	4 980	690	710

Inntektene på post 03 gjelder sakkyndighetsuttalelser til rettsvesen og påtalemyndighet.

KAP. 712 STATENS HELSEUNDERSØKELSER

(Jfr. kap. 3712)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	42 146	38 605	40 100
45	Større utstysanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>		1 090	1 100
	Sum kap. 0712	42 146	39 695	41 200

Overført fra 1997 til 1998:

Post 01: 1 910 000 kroner

Post 45: 1 071 000 kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

Statens helseundersøkelser har tre hovedmål med tilhørende hovedoppgaver:

Hovedmål 1: Helseundersøkelser: Redusere risiko for og å oppdage sykdom i tidlig stadium

Hovedmål 2: Helseopplysning og helsefremmende arbeid: Øke befolkningens kunnskap om forhold som påvirker helsen og øke muligheten for personlig valg av helsefremmende atferd.

Hovedmål 3: Helseforskning: Skaffe ny viten om helseproblemenes årsaksforhold og muligheter for forebygging.

Helseundersøkelser

SHUS gjennomfører landsdekkende systematiske befolkningsundersøkelser i forhold til definerte helseproblemer. Helsetjenesten lokalt tar seg av oppfølgingen av personer med tegn til sykdom eller høy risiko.

Helseopplysning og helsefremmende arbeid

SHUS skal bidra med råd og utredning for Sosial- og helsedepartementet og underliggende etater når det gjelder forebyggende helsearbeid. SHUS skal videre yte landsdekkende service og kompetanseutvikling til kommunehelsetjenesten, andre deler av kommunal virksomhet og frivillige organisasjoner, og dessuten opplysningsvirksomhet direkte til befolkningen. SHUS samarbeider med høyskolene og universitetene vedrørende forskning, helseopplysningsarbeid og metodeutvikling.

Helseforskning

Helseundersøkelsene gjennomføres etter strengt standardiserte rutiner og metoder. Gjennom årene er det samlet helsedata som er egnet til epidemiologisk forskning, bl.a. til å kartlegge nye risikofaktorer og til å følge utviklingen av befolkningens risikomønster,

sykdomsforekomst og dødelighet over tid. SHUS-materialet analyseres av institusjonens egne forskere og av samarbeidende forskergrupper i inn- og utland.

2. Resultatrapport 1997

Hovedmål 1 - Helseundersøkelser

- I 1997 ble det gjennomført en ny runde *Hjerte-karundersøkelser* av 40-42-åringer med over 31 000 fremmøtte i 7 fylker. Det er klare holdepunkter for at høyrisikogruppen har god nytte av undersøkelsene og av råd og behandling som gis som en oppfølging av undersøkelsene. Personer med lav utdanning benytter i større grad dette helsetilbudet enn de med høy utdanning.
- SHUS avsluttet i 1997 *CONOR-undersøkelsen* i Nord-Trøndelag. 15 077 personer ble undersøkt. Helseundersøkelsen i Hordaland vil også være inkludert i CONOR-programmet. CONOR skal totalt omfatte ca. 200 000 personer som skal følges over flere år.
- *Tuberkuloseundersøkelsene* omfattet i 1997 Hordaland og Troms fylker. Det ble gjennomført over 8000 selektive undersøkelser. Det ble også gjennomført service til kommunehelsetjenesten ved leting etter smitekilder.
- *Støvlungeundersøkelser* gjøres ved skjermbildefotografering av arbeidstakere ved bedrifter som omfattes av lovhjemlet påbud om regelmessig røntgenkontroll av lungene, fordi arbeidstakere kan være utsatt for kvarts- og asbeststøv. Det ble utført nærmere 10.000 undersøkelser i 6 fylker.
- *Mammografiprojektet*. SHUS sendte ut nærmere 100 000 invitasjoner og purringer til kvinner mellom 50-69 år for deltagelse i mammografiscreeningen. Det ble sendt ut ca 70.000 resultatbrev.

Hovedmål 2 - Helseopplysning og helsefremmende arbeid

- SHUS har i 1997 drevet metodeutvikling og kurs for å øke kompetanse på tverrsektorielt samarbeid blant personell på lokalt nivå.
- Det er holdt kurs, utgitt hefter og gitt kurslederopplæring i kommunikasjon og samhandling med sikte på hvordan voksne kan bli bedre allierte for barn og ungdom.
- Det er utviklet valgfag "Jenter og selvtilit" for ungdomsskolen og modeller for kurs for voksne kvinner i faresonen for belastningslidelser.
- I samarbeid med Høgskolen i Vestfold har SHUS utviklet en metode for helsefremmende arbeid gjennom deltagende læring/brukermedvirkning.
- Det er utgitt en rapport på norsk og engelsk om resultater fra samtlige undersøkelser av 40-åringer i 18 fylker i tiden 1974-1996.

Hovedmål 3 - Helseforskning

Av institusjonens forskningsresultater i 1997 fremheves kort:

- Økende kroppshøyde er en av faktorene bak den økende hyppighet av lårhalsbrudd i Norge.
- Det er en overdødelighet av hjerneslag blant ugifte menn relatert til gifte utover det som kan forklares ved de vanligste risikofaktorene.
- Høyt innhold av homocystein (en svovelaminosyre) i blodet gir økt risiko for hjerte- og karsykdom. Høyt inntak av føinsyre (et B-vitamin) synes blant annet å kunne senke homocysteinnivået i blodet. Homocysteinets rolle vil bli videre undersøkt i Helseundersøkelsen i Hordaland.
- Av pasienter med dyrkningsbekreftet lungetuberkulose som startet behandlingen i 1995, forsvant nærmere 10 pst. fra behandlingen. 14 pst. av pasientene som startet behandlingen i 1995 døde med aktiv tuberkulose.
- 40-åringsundersøkelsene viser at det har vært nedgang i andel mannlige dagligrøykere i 17 fylker. For kvinner har det vært en nedgang i 11 fylker.

3. Tilstandsvurdering

Undersøkelsene av 40-åringer viser fortsatt økning av gjennomsnittsvekten når kroppshøyde er tatt i betraktning. Dette fører til økning av diabetes type-2, og på lengre sikt trolig til en økning av hjerte-karsykdom, og kan dessuten medføre økning av visse typer belastningslidelser.

Helseopplysningsenhetene som de senere årene er etablert ved flere av landets sykehus har en viktig funksjon, spesielt overfor grupper med svært høy sykdomsrisiko. SHUS ser slike enheter i fylkeskommunene som viktige samarbeidspartnere, spesielt innen

forebygging av hjerte- og karsykdom, kreftsykdommer, diabetes type-2 og belastningslidelser. Det er fremdeles stort behov for spredning av kompetanse til lokalt fagpersonell.

I 1997 ble det meldt 216 tilfeller av tuberkulose (herav 53 prosent med utenlandsk opprinnelse). Blant unge er det flest tilfeller blant innvandrere, mens det blant eldre er de norskfødte som dominerer. Fremtidig tuberkulosekontroll bør konsentreres om disse to befolkningsgruppene. Videre er rusmiddelbrukere en gruppe som må vies spesiell oppmerksomhet.

Det vises forøvrig til omtale under programkategori 10.10 Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering.

4. Satsingsområder og mål for 1999

SHUS vil i 1999 prioritere det forebyggende arbeidet og datainnsamlingen vedrørende hjerte-karsykdom, diabetes, lungesykdom, belastningslidelser, psykososiale problemer og astma/allergi. Dette vil inngå i CONOR-undersøkelsene. CONOR-undersøkelsene planlegges avsluttet med en omfattende undersøkelse i Oslo. Denne planlegges å starte 1. januar 2000. Det innsamlede datamaterialet vil være av stor betydning for epidemiologisk forskning i mange ulike forskningsmiljøer m.h.p. årsaksforhold i forhold til innsatsområdene i det forebyggende arbeidet.

En arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet for å gjennomgå den nasjonale tuberkulosestrategi overleverte sin innstilling våren 1998 (NOU 1998:3 Utryddelse av tuberkulose? – Strategi for fremtidig tuberkulosekontroll). Arbeidsgruppen har flere forslag til hvordan tuberkulosearbeidet kan styrkes. Målet er at tuberkulose skal være utryddet i landet innen år 2015 (dvs. under 45 nye tilfeller pr år). Delmål er effektiv oppsporing av nye tilfeller, rask og effektiv behandling og oppsporing i miljøet rundt nye tilfeller. For å nå disse målene er det foreslått å styrke tuberkulosearbeidet ved SHUS, utvikle regionale/fylkeskommunale kompetansesentra og bedre diagnostikk og behandling. Arbeidsgruppens innstilling har vært på høring, og departementet vil komme tilbake med forslag til oppfølging.

SHUS har våren 1998 satt i gang en intern evaluering av sin virksomhet som er planlagt avsluttet i november. En rapport vil da bli forelagt departementet. Evalueringen vil gi et grunnlag for vurdering av konkrete mål og resultatindikatorer for SHUS. Hovedmålene for SHUS konkretiseres derfor inntil videre slik:

Til hovedmål 1: Redusere risiko for og å oppdage sykdom i tidlig stadium

- evaluere helsetjenestens oppfølging av 40-årsundersøkelsene,
- styrke kontrollen av tuberkulosen gjennom meldesystemet, rådgivning til helsepersonell og mer målrettede skjermbildeundersøkelser i høyrisikogruppene (innvandrere, eldre norskfødte og sosialt svake grupper),
- videreføre institusjonens del av mammografiprojektet - toårsoppfølging av kvinner som omfattes av prosjektet og nye 50-51-åringene inviteres til deltakelse,
- videreføre institusjonens oppgaver i screeningundersøkelser m.h.p. livmorhalskreft.

Til hovedmål 2: Øke befolkningens kunnskap om forhold som påvirker helsen og øke muligheten for personlig valg av helsefremmende atferd

- videreutvikle kurs for kvinner i faresonen for belastningslidelser
- dokumentere og evaluere kurs og hefter innen kommunikasjon og samhandling med sikte på metodeutvikling om hvordan voksne kan være bedre allierte til barn og ungdom
- videreutvikle brukerorienterte metoder og bruk av disse i lokale, tverretatlige nettverk
- bidra med kompetanse på området fysisk aktivitet, mosjon og helse

Til hovedmål 3: Skaffe ny viten om helseproblemenes årsaksforhold og muligheter for forebygging

- fortsette arbeidet med å vurdere hvilken innvirkning medikamentell blodtryksbehandling ved moderat forhøyet blodtrykk har på dødeligheten av hjerteinfarkt,
- videreføre en kontrollert undersøkelse om hvorvidt tilskudd av vitamin D kan forebygge lårhalsbrudd og andre brudd som skyldes benskjørhet hos eldre.

5. Merknader til budsjettforslaget for 1999

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 73,5 pr. 1. oktober 1996 og 69,7 pr. 1. mars 1998.

KAP. 3712 STATENS HELSEUNDERSØKELSER

(Jfr. kap. 712)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
02	Salgs- og leieinntekter	7 413	3 190	3 270
16	Refusjon fødselspenger	158		
	Sum kap. 3712	7 571	3 190	3 270

Post 02 Salgs- og leieinntekter

Inntektene gjelder hjerte-karundersøkelser og støvlungeundersøkelser.

KAP. 713 STATENS ERNÆRINGSRÅD

(Jfr. kap. 3713)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	7 781	18 100	23 500
	Sum kap. 0713	7 781	18 100	23 500

1. Formål og hovedprioriteringer

Statens ernæringsråd er et kompetanse- og forvaltningsorgan under Sosial- og helsedepartementet i spørsmål som angår mat, ernæring og kostholdsrelaterte helseproblemer. Hovedmålet er å redusere omfanget av helseskader og helseforskjeller som har sammenheng med kostholdet ved å styrke fagområdet ernæring i det helsefremmende og forebyggende arbeid. Statens ernæringsråd har også ansvar for å koordinere arbeid med ernæring i internasjonal sammenheng.

Delmål 1: Dokumentasjon

Styrke kunnskapen om sammenhengen mellom kosthold, ernæring og helse. Gi anbefalinger for et helsefremmende kosthold for hele befolkningen og i behandling av kostrelatert og annen sykdom og skade.

Delmål 2: Overvåking

Styrke kunnskapen om forekomst av kostholdsrelaterte helseproblemer, identifisere risikogruppen, samt følge kostholdsutviklingen og matvarenes sammensetning.

Delmål 3: Tiltak

Stimulere til en samfunnsutvikling som ivaretar ernæringshensyn, og foreslå og iverksette tiltak som fremmer folkehelsen.

2. Resultatrapport 1997*Delmål 1:*

Rapporter / utredninger om følgende emner ble utgitt:

- Råd om transfettsyrer i kostholdet. Store kilder til transfettsyrer er margarin, meieri- og kjøttvarer. Inntaket av transfettsyrer i befolkningen bør reduseres.
- Ernæringsbehandling til kreftpasienter. En undersøkelse i 1996 viste at mange sykehus ikke har planer for vurdering av ernæringsstatus, eller for oppstart eller gjennomføring av ernæringsbehandling til kreftpasienter.
- Forebygging av spiseforstyrrelser. Systematiske erfaringer tilsier at primærforebygging bør rettes mot barn og unges generelle oppvekstvilkår, og mot mestringsproblemer. Statens ernæringsråd er spesielt oppmerksom på å sikre velorganiserte skolemåltider, og å utvikle

prosedyrer for skolehelsetjenesten med tanke på forebygging og identifisering av risikopersoner.

- Behovet for økt folatinntak i den norske befolkning. Nyere forskning viser at folattilskudd reduserer risikoen for å føde et barn med nevralrørsdefekt (ryggmargsbrokk). Kvinner i fertil alder i Norge får sannsynligvis ikke tilstrekkelig mengde folat i kosten til å redusere denne risikoen. Et tilskudd av folat anbefales kvinner som planlegger graviditet, eller kan regne med å bli gravide.
- Norske næringsstoffanbefalinger 1997. Statens ernæringsråd har ansvar for å gi offisielle norske anbefalinger for kostholdet. I 1997 ble nye norske næringsstoffanbefalinger utarbeidet på bakgrunn av de reviderte nordiske anbefalingene.

Delmål 2:

Statens ernæringsråds system for overvåking av kostholdet er sentralt i denne sammenhengen. NORKOST, UNGKOST og SPEDKOST er landsrepresentative undersøkelser av kostholdet til henholdsvis voksne over 16 år, ungdom og spedbarn. Datainnsamlingen koordineres med Statens næringsmiddeltilsyn. Dataene gir et godt grunnlag for å iverksette målrettede tiltak.

Datainnsamling for NORKOST 1997 er gjennomført. Pilotundersøkelse for SPEDKOST er avsluttet vinteren 1997. En ny UNGKOST-undersøkelse er planlagt og vil bli gjennomført i 1999. Rapport om utviklingen i norsk kosthold utgis årlig. Den positive utviklingen i kostens fettinnhold ser nå ut til å flate ut. Dette betyr at norsk kosthold fortsatt inneholder for lite stivelse og fiber og for mye fett, sukker, salt og alkohol.

Forandringer i vareutvalget følges via markedsundersøkelser, og de viktigste matvarene analyseres med hensyn til innhold av næringsstoffer. Et nytt databasesystem for analysedata og et kostberegningssystem er under utvikling.

Rapport om matvareberedskap i tilfelle krig eller nasjonale kriser vil slutføres i 1998.

Delmål 3:

- Frukt og grønnsaker. Det er et mål at forbruket av frukt og grønt i befolkningen øker, på lengre sikt til det dobbelte. Kampanjen "Frukt og grønt mot kreft", som startet i 1996, hadde en ny annonserunde høsten 1997. Prosjekt "Frukt og grønt i skolen" er videreført, og 1/3 av skolene i Oslo og Østfold tilbyr nå abonnement på frukt og grønt.
- Mat i skolen. Skolematturnéen er evaluert. Det ble gjennomført 9 møter og et evalueringseminar i 1997. Matpakkeuken ble gjennomført med oppslutning fra nesten 900 skoler. En evaluering av situasjonen med mat i skolen i 1997 sammenlignet med situasjonen i 1991 ble gjort og rapport foreligger. Resultatene viser at utviklingen går i riktig retning.
- Klinisk ernæring. Det er gjennomført seminarer i samarbeid med fylkeslegene om retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner med sikte på å øke kunnskapen om klinisk ernæring. Videre ble det utarbeidet informasjonsmaterieell om matvareintoleranse og matvareallergi til pasienter og til helsepersonell.
- Informasjonstiltak overfor befolkningen generelt og spesielle grupper. Det ble samarbeidet med NRK og media og presse forøvrig. Statens ernæringsråd opprettet "Mat-helse-telefonen", hvor forbrukerne kunne ringe grønn linje og få svar på spørsmål. 9000 innringere ble registrert i mai måned.
- Internasjonalt arbeid. Samarbeidet med helsemyndighetene i Palestina og Zimbabwe om mat- og ernæringspolitikk ble videreført. Statens ernæringsråd deltok på FAOs generalforsamling høsten 1997.

3. Tilstandsvurdering

Det vises til omtale under programkategori 10.10 Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering.

4. Satsingsområder og mål for 1999

Dokumentasjon

Statens ernæringsråd har i 1998 nedsatt en arbeidsgruppe som skal studere sammenhengen mellom mat, mosjon og kroppsvekt. Konklusjonene fra denne gruppens arbeid vil gi utgangspunkt for tiltak i 1999. Andre utredninger som pågår i 1998 angår fiskeforbrukets betydning for folkehelsen, og kost-nytte analyser i forhold til økt frukt- og grønnsakforbruk og redusert saltinntak. Videre arbeid på bakgrunn av resultatene fra disse utredningene vil stå sentralt i 1999.

Overvåking

Befolkningens forbruk av frukt og grønnsaker følges spesielt. En landsrepresentativ undersøkelse av ungdoms matvaner, UNGKOST - 99, planlegges gjennomført som oppfølging av en tilsvarende undersøkelse i 1993. Bearbeiding og analyse av SPEDKOST - 98 vil bli prioritert. Dette vil være de første landsrepresentative data om sped- og småbarns kosthold i Norge. Resultater fra NORKOST 1997, en landsrepresentativ undersøkelse av kostholdet til voksne over 16 år, vil foreligge i slutten av 1998. I 1999 vil disse være utgangspunkt for videre planlegging av tiltak rettet mot befolkningen, og eventuelt utsatte grupper. Arbeidet med å sikre at nasjonale data knyttet til utviklingen i kostholdet er sammenlignbare med internasjonale data, vil bli styrket.

Tiltak

Statens ernæringsråd vil sammen med Statens tobakkskaderåd styrke innsatsen på det lokale plan på forebyggingsfeltet som oppfølging av norsk kreftplan. Dette vil skje i nært samarbeid med helsetjenesten, matvarebransjen og frivillige organisasjoner. I 1998 er tre fylker spesielt involvert ved at det er opprettet rådgiverstillinger på fylkeslegenivå, som skal koordinere tiltakene på kommunenivå.

Konkrete tiltak i forhold til lokale engasjement knytter seg til områdene frukt og grønnsaker, samt til mat i skolen. I 1996 satte Statens ernæringsråd seg som mål å arbeide for at forbruket av frukt og grønnsaker i befolkningen skal øke med 20 pst. innen år 2000. Informasjons- og holdningskampanjer rettet både mot befolkningen generelt og ungdom spesielt er allerede igangsatt, og nye kampanjer er under planlegging. Det er også et mål at alle elever i grunnskolen skal få tilbud om frukt og grønt i skolen. Arbeidet for å øke forbruket av frukt og grønnsaker i bedriftskantiner og storhusholdninger, og som møtemat, er styrket i 1998 og vil bli videreført i 1999.

Arbeidet for et styrket mattilbud i skolen vil også stå sentralt. Et sentralt element er å sikre velorganiserte skolemåltider i tråd med lover og retningslinjer. Det legges særlig vekt på at elevene får nok tid til å spise (20 min.), at de minste får tilsyn av en voksen i spisepausen, og at skolene har tilbud om mat til elever som ikke har matpakke med. I ungdomsskolene anbefaler vi at det opprettes en matsal / kantine. Organiserte skolemåltider er en forutsetning for å få til abonnementsordninger for frukt og grønt. Dette betyr at Statens ernæringsråds hovedsatsingsområder gir en synergieffekt. En gratis kokebok vil fra 1998 bli delt ut til alle elever i 9. klasse, til bruk i heimkunnskapundervisningen.

Prosjektet "Mat-helse-telefonen" skal videreføres.

Tabell 1: Mat i skolen –målsetninger frem mot år 2000

	1991	1997	(i prosent) Mål for år 2000
Tilbud – mat i ungdomsskolen.....	7	18,5	50
Tid i barneskolen - mer enn 20 min.	25	36,6	100
Fullt tilsyn i barneskolen.....	64	81,3	100

- *Klinisk ernæring:* Statens ernæringsråd vil styrke kompetansen innenfor området klinisk ernæring. Det planlegges å følge opp tiltak overfor kreftpasienter spesielt. Det vil videre bli utarbeidet strategier for arbeid med ernæring i helsetjenesten, bl.a. i forhold til sekundærforebygging blant pasienter med hjerte- og karsykdommer. Prosjekt matvareallergi og intoleranse, og informasjonsmateriellet om dette temaet som ble lansert i februar 1998, vil bli evaluert.
- *Internasjonalt arbeid:* Statens ernæringsråd har gjennom NORAD inngått en samarbeidsavtale med Nutrition Unit i Ministry of Health and Child Welfare, Zimbabwe. Ernæringsrådet skal bidra til å etablere en nasjonal mat- og ernæringspolitikk, og et Food and Nutrition Council i landet. De norske erfaringene med en nasjonal mat- og ernæringspolitikk vil også være viktig i tilsvarende arbeid i Palestina.
- *Tiltak overfor spesielle grupper:* Kvinner som planlegger graviditet, eller som kan regne med å bli gravide, bør daglig ta et ekstra folattilskudd i form av en tablett som inneholder 0,4 milligram. Informasjonstiltak rettet både mot kvinner i fertil alder og helsepersonell vil prioriteres. En veileder for helsepersonell om helse- og kostholdsrådgiving til innvandrere og informasjonstiltak rettet direkte mot innvandrere er under planlegging.

5. Merknader til budsjettforslag for 1999

Driftsbudsjettet foreslås økt med 5 mill. kroner øremerket til styrking av kommunenes lokale engasjement på forebyggingsområdet, jf. St.prp. nr 61 (1997-98) om nasjonal kreftplan, for å endre kostholdet i en kreftforebyggende retning.

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 11 pr. 1. oktober 1996 og 12 pr. 1. mars 1998.

KAP. 3713 STATENS ERNÆRINGSRÅD

(Jfr. kap. 713)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
02	Salgs- og leieinntekter	586	60	62
	Sum kap. 3713	586	60	62

KAP. 714 STATENS TOBAKKSKADERÅD

(jfr. kap. 3714)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	16 149	30 850	36 420
	Sum kap. 0714	16 149	30 850	36 420

Overført fra 1997 til 1998:

Post 01: 354 000 kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

Statens tobakkskaderåd er et kompetanse- og forvaltningsorgan under Sosial- og helsedepartementet i spørsmål som angår tobakk og helse. Statens tobakkskaderåd skal initiere, forberede og følge opp tobakkskadeforebyggende arbeid og tiltak mot tobakkskader, samt føre tilsyn etter bestemmelser i lov og forskrifter. Statens tobakkskaderåd består av en rådsforsamling og en administrasjon.

Statens tobakkskaderåd har følgende hovedmål:

1. Tobakksfrie barn og unge.
2. Tobakksfritt inne.
3. Tobakksfrie voksne.

Hovedprioriteringene de siste årene har vært tiltak rettet mot:

- å hindre barn og unge i å begynne med tobakk,
- å sikre og styrke vernet mot ufrivillig passiv røyking,
- å hjelpe motiverte røykere til å slutte.

2. Resultatrapport 1997*Hovedmål 1: Tobakksfrie barn og unge*

I 1997 arrangerte Tobakkskaderådet i samarbeid med fylkeslegekontorene dagskurs om røykfrie småbarnsmiljøer for helsepersonell i 8 fylker med totalt 300 deltakere. Dermed har alle fylker fått tilbudet i 1996-97 og samlet har 710 personer deltatt.

Våren 1997 inngikk Tobakkskaderådet et samarbeid med Den Norske Kreftforening og Nasjonalforeningen for folkehelsen om å gjennomføre undervisningsprogrammet VÆR røykfri i ungdomsskolen. For skoleåret 1997-98 ble programmet tilbudt alle landets 8. klasser. 42 pst av alle 8. klasser, det vil si 23 000 av elevene født i 1984, er påmeldt. I de klassene som deltok i forprosjektet, var det 25 prosent færre elever som begynte å røyke etter tre år på ungdomsskolen enn i de klassene som fikk vanlig undervisning om tobakk.

For å hjelpe også videregående skoler i gang med et systematisk tobakksforebyggende arbeid, ble det i samarbeid med utdanningssjefene og et pilotprosjekt i Vest-Agder gjennomført startkonferanser for røykfrie videregående skoler i tre fylker (Nord-Trøndelag, Rogaland og Troms).

Den første landsomfattende kampanjen for eldre tenåringer i Norge startet ved årsskiftet 1996-97. En evaluering av kampanjen konkluderer med at ca 5000 jenter sluttet.

Høsten 1995 inngikk Statens tobakkskaderåd og Sosial- og helsedepartementet en samarbeidsavtale med Norges idrettsforbund om et fireårig prosjekt for tobakksfri idrett. I 1997 hadde 17 kretser og 11 særforbund vedtatt charter om tobakksfri idrett. 20 særforbund var med i selve kampanjen, 165 klubber var med og 565 klubber hadde skiltet sine anlegg og klubbhus.

Hovedmål 2: Tobakksfritt inne

Ved årsskiftet 1997-98 trådte innskjerpinger i forskriftene om røyking på restauranter og serveringssteder i kraft. Undersøkelser foretatt like før regelendringene trådte i kraft, viste at et stort flertall av den voksne befolkningen (65 pst) foretrekker å spise i røykfri sone. Informasjon om innskjerpingene i forskriften om røyking på restauranter og andre serveringssteder ble sendt til alle registrerte serveringssteder i landet og til tilsynsmyndighetene.

Tobakkskaderådet gjennomførte en kartlegging av røyking ved landets sykehus i november-desember 1997. 94 pst. av sykehusene hadde innført helt eller delvis røykfritt

miljø for ansatte, mens 61 pst. hadde gjort det for pasientene. Dette er en økning på henholdsvis 9 og 27 pst. fra 1995.

Andelen ansatte som blir utsatt for passiv røyking på arbeidsplassen har gått ned etter at røykeloven ble innført i 1988. En spørreundersøkelse i november 1997 viser at det fortsatt er 21 pst. som blir utsatt for tobakksrøyk på arbeidsplassen én time eller mer. Noen flere menn enn kvinner blir eksponert, og flere unge enn eldre.

Hovedmål 3: Tobakksfrie voksne

Røyketelefonen hadde sitt første hele driftsår med et budsjett på 3,5 mill. kroner. I løpet av 1997 ble det registrert i overkant av 100 000 henvendelser. Røyketelefonen er blitt godt kjent i alle lag av befolkningen. Tre av fem dagligrøykere sier de kjenner til Røyketelefonen. Like mange menn som kvinner benytter seg av tjenesten. I perioder med annonsering øker innringingene betydelig. Evaluering av tiltaket ble satt i gang i 1997 og vil være ferdig innen sommeren 1999.

Sykehusenes og helsestasjonenes tilbud om hjelp til røykeslutt ble kartlagt i slutten av 1997. Det lokale tilbudet om hjelp til røykeslutt er fortsatt meget dårlig utbygd i Norge, men i noe bedring. Vel halvparten av sykehusene har eget røykeslutttilbud, men hovedsakelig til de ansatte. Bare 30 pst av sykehusene har hjelp å tilby pasientene. Tilbudet er enda svakere ved helsestasjonene. Et stort flertall av helsestasjonene og sykehusene ønsker økt kompetanse i røykeavvenning. Derfor er Tobakkskaderådet i 1998 i gang med å utvide kurstilbudet i røykeavvenning og i organisering av røykeslutttilbud.

Sosial- og helsedepartementet fastsatte nye vedtekter for Statens tobakkskaderåd i 1997 etter Statskonsults gjennomgang av Tobakkskaderådets organisering og funksjon (Rapp. 1996: 21). Formålet med gjennomgangen var å få bakgrunnsmateriale for oppnevning av ny rådsforsamling for perioden 1997-99. Bl.a. er rådets rolle som faglig rådgivningsorgan tydeliggjort ved at rådsforsamlingen nå er sammensatt av fagpersoner.

3. Tilstandsvurdering

Det vises til omtalen under programkategori 10.10 Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering.

4. Satsingsområder og mål 1999

Ifølge St.prp. nr. 61 om nasjonal kreftplan er røyking den viktigste enkeltfaktor som forårsaker kreft. Erfaringene fra bl.a. Sverige, Finland og USA viser at med en kraftig satsing på en kombinasjon av tiltak både for å gi effektiv hjelp til voksne som ønsker å slutte røyken og forebygge røykestart blant de unge, er det mulig å oppnå redusert tobakksbruk. Hovedutfordringen i Norge er å få kommunene engasjert i det tobakksforebyggende arbeidet. Fylkeslegekontorene kan spille en viktig rolle som pådriver og koordinator. For Tobakkskaderådet vil en av de viktigste oppfølgingene av Nasjonal kreftplan være et nært samarbeid med Statens ernæringsråd, Statens helsetilsyn og fylkeslegekontorene. Forsøksvis er det i Buskerud, Vest-Agder og Rogaland startet opp arbeid med å utvikle en systematisk lokal satsing på kosthold, mosjon og røykfrihet i det forebyggende og helsefremmende arbeidet.

Hovedmål 1: Tobakksfrie barn og unge

Røykfrie svangerskap og røykfrie småbarnsmiljøer:

- Gjennomførte dagskurs i alle fylker for helsepersonell i svangerskapsomsorgen med trening i kommunikasjon om røyking og svangerskap
- Faste opplæringsteam om røykfrie svangerskap og røykfrie småbarnsmiljøer for helsepersonell i svangerskapsomsorgen i Buskerud, Rogaland og Vest-Agder
- Økt andel røykfrie svangerskap sammenliknet med 1995
- Minst fordobling av antall helsestasjoner med fast tilbud om hjelp til røykeslutt på landsbasis og minst 50 pst av helsestasjonene med svangerskapskontroll i Buskerud, Rogaland og Vest-Agder skal ha fast tilbud om hjelp til røykeslutt

VÆR røykFRI-programmet på alle klassetrinn i ungdomsskolen fra skoleåret 1999-2000:

- Minst 50 pst. av alle ungdomsskoleklasser i skoleåret 1999-2000 påmeldt VÆR røykFRI-programmet

Spredning av erfaringene fra pilotprosjektet i Vest-Agder for røykfri videregående opplæring:

- Minst 80 pst. av grunnkursklassene i videregående skoler i Buskerud, Rogaland og Vest-Agder skal planlegge eller ha gjennomført undervisningspakke i løpet av skoleåret
- Minst 80 pst. av videregående skoler i Buskerud, Rogaland og Vest-Agder skal ha røykeslutt-tilbud for elevene

*Hovedmål 2: Tobakksfritt inne**Røykfrie småbarnsmiljøer:*

- Minst 50 pst. av helsestasjonene med småbarnskontroll i Buskerud, Rogaland og Vest-Agder skal ha fast tilbud om hjelp til røykeslutt.
- Økt andel i befolkningen som ikke tillater røyking i eget hjem når barn er til stede (SSBs omnibus november 1999)

Lik praktisering av og aktivt tilsyn med røykeloven i landets kommuner:

- Minst seks fylker har gjennomført interkommunale møter om praktisering av røykeloven
- Minst 25 pst. av kommunene i Buskerud, Rogaland og Vest-Agder har etablert aktivt tilsyn med bestemmelsene om røykfrihet i henhold av tobakkskadeloven

*Hovedmål 3: Tobakksfrie voksne**Hjelpetilbud lokalt til folk som ønsker å slutte å røyke:*

- Evaluering av kommunenes oppfølging av iverksettingen av restaurantforskriften etter 1. januar 1998 - vurdering av evalueringsresultater og oppfølging av disse
- 2 prosentpoeng nedgang i dagligrøykerandelen i aldersgruppa 25-54 år
- Minst 25 pst. av kommunene i Buskerud, Rogaland og Vest-Agder skal ha etablert et fast tilbud for innbyggerne om hjelp til å slutte å røyke
- Etablert samarbeid mellom Røyketelefonen og fylkene Buskerud, Rogaland og Vest-Agder om lokal markedsføring av røykesluttkurs i de tre fylkene

Bedret hjelp til røykeslutt for innlagte pasienter:

- Minst 50 pst. av landets sykehus skal ha tilbud om hjelp til røykeslutt for pasientene
- Alle sykehusene i Buskerud, Rogaland og Vest-Agder skal ha hjelp til røykeslutt som del av behandlingsopplegget for pasienter med røykerelaterte sykdommer

5. Merknader til budsjettforslaget for 1999

Driftsbudsjettet foreslås økt med 5 mill. kroner til styrking av kommunenes lokale engasjement i det tobakkskadeforebyggende arbeidet, jfr. St.prp. nr 61 (1997-98) og Innst.S. nr. 226 (1997-98) om Nasjonal kreftplan.

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 10,2 pr. 1. oktober 1996 og 9,6 pr. 1. mars 1998.

KAP. 3714 STATENS TOBAKKSKADERÅD

(jfr. kap. 714)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
02	Salgs- og leieinntekter	1	40	41
16	Refusjon av fødselspenger			
	Sum kap. 3714	1	40	41

KAP. 715 STATENS STRÅLEVERN

(jfr. kap. 3715)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	41 141	35 500	43 700
21	Spesielle driftsutgifter	32 907		
45	Større utstysanskaffelser og vedlikehold, kan overføres	600		
	Sum kap. 0715	74 648	35 500	43 700

Det er overført fra 1997 til 1998:

Post 01: 857 000 kroner

Post 45: 45 000 kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

Statens strålevern er landets fagmyndighet på området strålevern og atomsikkerhet. Strålevernet skal betjene alle departementer i spørsmål som angår stråling og atomsaker.

Institusjonens overordnede mål er: Nyttig strålebruk, godt strålevern, og atomsikkerhet.

Statens strålevern har følgende hovedmål:

1. Berettiget og optimalisert strålebruk.
2. Vern av arbeidstakere, befolkning og miljø mot skadelige effekter av stråling.
3. Et samfunn vel forberedt på atomulykker, andre strålingsulykker og bruk av atomvåpen.
4. Ny viten om strålevern og strålevirkninger.

Hovedprioriteringer er å:

- føre tilsyn med bruk av strålekilder og spaltbart materiale,
- koordinere beredskap mot atomulykker og radioaktivt nedfall,
- overvåke naturlig og kunstig stråling i miljø og yrkesliv,
- øke kunnskap om forekomst, risiko og effekt av stråling.

2. Resultatrapport 1997*Hovedmål 1:*

Tilsyn ble gjennomført ved utvalgte sykehusrøntgenavdelinger og kommunale/private helsesentra med røntgenutstyr. En samlet vurdering av doser til befolkningen fra røntgendiagnostikk fant sted og metodeutvikling for vurdering av bildekvalitet ved computertomografi (CT) ble initiert. I 1997 ble det utarbeidet vilkår for strålevern ved brønnlogging på norsk kontinentalsokkel. Det er gjennomført flere tilsyn, basert på internkontrollprinsippet, i bedrifter med kontrollkilder etter vilkår som ble etablert i 1996. Arbeidet med kvalitetssikring og kontroll av prøveprosjektet med mammografiscreening ble utført i henhold til planene, videre ble det foretatt pasientdosemålinger. I 1997 var et viktig tema revisjon av kvalitetssikringsmanualer. Wist-utvalgets utredning om strålemedisin konkluderer med behov for styrket kvalitetssikring og økte tilsynsfunksjoner. Utredningen var på høring i 1997, og er fulgt opp i St.prp. nr 61 (1997-98) om nasjonal kreftplan.

Hovedmål 2:

Ved utgangen av 1997 var det totalt gjennomført radonmålinger i omlag 70 pst. av alle landets barnehager og ca 25000 radonmålinger i inneluft i boliger. Veiledning om opplegg og gjennomføring av kommunale kartlegginger ble utarbeidet. Når det gjelder radonforekomst i husholdningsvann fra borebrønner i fast fjell, ble det i samarbeid med kommunale næringsmiddeltilsyn i 1997 gjennomført omlag 2000 analyser.

Et nytt brukerfinansiert system for overvåking av stråledoser til yrkeseksponerte, basert på ny teknologi, ble satt i drift. Nasjonalt nettverk for måling av naturlig ultrafiolett stråling er etablert.

Hovedmål 3:

I det arktiske miljøvernssamarbeidet ledet Strålevernet den internasjonale ekspertgruppen for radioaktiv forurensning som la fram rapport om konsekvenser og kilder. Det ble i 1997 også publisert endelig rapport fra undersøkelsene av radioaktiv forurensning fra dumpet radioaktivt avfall i Barents- og Karahavet.

Det er gjennomført tilsyn og avholdt kontaktmøter om sikkerhetsspørsmål ved Institutt for energiteknikk s reaktor anlegg. Arbeidet med vurdering av forlengelse av konsesjon for anleggene ble startet opp. Vurdering av driftskonsesjon for avfallsanlegget i Himdalen ble gjennomført, og konsesjon ble gitt ved kgl. res. av 28. april 1998. Den sentrale beredskapsorganisasjonen for atomulykker ble evaluert i 1997. Gjennom øvelser, møter mm ble det arbeidet med å videreutvikle beredskapen ytterligere. Innen medisinsk beredskap er biologisk dosimetri ved strålingsulykker systematisert.

Strålevernet var også i 1997 sterkt engasjert i arbeidet med atomsikkerhet i øst gjennom Regjeringens handlingsplan. Dette omfatter arbeid for bedret sikkerhet på kjernekraftverk, arbeid for å forhindre spredning og ulovlig omsetning av spaltbart og annet radioaktivt materiale og tiltak for fysisk sikring. Strålevernet har også bistått Utenriksdepartementet i ulike atomavfallsprosjekter. Et fruktbart samarbeid med russiske strålevernsmyndigheter, ble videreført og en samarbeidsavtale undertegnet.

Hovedmål 4:

Informasjon og forskning om mulige virkninger av elektromagnetiske felt har vært et stort arbeidsfelt bl.a. pga økende interesse for "stråling" fra mobiltelefoner. Strålevernet videreførte prosjekter vedrørende solingsbeskyttelse og forbedring av lysterapi av nyfødte. Statens strålevern deltok også i 1997 i EU-forskningsprogram "Nuclear Fission Safety" med 6 prosjekter og hadde prosjekter i det nasjonale strålevernsforskningsprogrammet.

3. Tilstandsvurdering

Bruk av røntgen i medisinsk diagnostikk øker i volum. Dette sammen med økt bruk av nye metoder (bl.a. CT) bidrar til økte stråledoser til befolkningen. Økt satsning på stråleterapi i kreftbehandling og utvidet omfang av mammografiscreening stiller sammen med den generelle utviklingen innen diagnostikk, forsterkede krav til tilsyn, kvalitetssikring og kompetanse hos strålebrukerne.

Radonproblemet i norsk boligmasse har økt de siste 20-30 årene. Kartlegging avdekker områder med forhøyede nivåer hvor det er nødvendig å iverksette radonreduserende tiltak i eksisterende boliger. Slike tiltak er til nå i liten grad gjennomført. Nye byggeforskrifter stiller strenge krav til radonforebygging ved oppføring av nye boliger. Det er viktig at disse kravene innarbeides i praktisk byggeskikk.

Risikoen for atomulykker i vår del av verden med nedfall og omfattende samfunnsproblemer i Norge er fortsatt tilstede. Det er derfor nødvendig å opprettholde og videreutvikle en omfattende og koordinert atomulykkeberedskap. Evalueringen av atomulykkeberedskapen i Norge ble avlevert i september 1997, har vært på bred høring, og ny kgl. res. om atomulykkeberedskapen ble gitt 26. juni 1998.

Spørsmålet om kreftrisiko ved elektromagnetiske felt synes etterhvert mer avklart, mens det er økt bekymring i samfunnet for andre typer effekter, ikke minst av mobiltelefoner. Dette stiller krav til kunnskapsoppbygging og formidling.

Det vises forøvrig til omtalen under programkategori 10.10 Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering.

4. Satsingsområder og mål for 1999

Hovedmål 1: Bedre kvalitetssikring med medisinsk strålebruk

Strålevernet skal vektlegge kvalitetssikring rettet mot stråleterapi både av medisinske aspekter og ved bl.a. dosimetri og kalibreringstjenester. Intervensjonsradiologi er et bruksområde som skal prioriteres i 1999 både med hensyn til rådgivning og kartlegging av strålevern for impliserte, da metoden kan medføre relativt store stråledoser.

Hovedmål 2: Radoninnholdet i innemiljøet skal kartlegges og reduseres

Radoneksponeringen i Norge kartlegges i samarbeid med kommunene. Målet er at hoveddelen av hus med radonnivå over tiltaksgrensen er identifisert i løpet av år 2001, slik at tiltak kan gjennomføres. Det vises til forslaget om 5 mill. kroner til en tilskuddsordning på kap. 581 post 71 for tiltak mot radon i privatboliger, jfr. Nasjonal kreftplan.

Hovedmål 3: Redusert risiko for atomulykker

Det er et uttrykt ønske om å redusere risikoen for ulykker ved atomanlegg i våre nærområder. For å følge opp dette satser Strålevernet også i 1999 på å ha en ledende rolle i gjennomføringen av konkrete tiltak innen reaktorsikkerhet, avfallsbehandling og sikring av spaltbart materiale i Nordvest-Russland og Baltikum i tråd med Regjeringens handlingsplan.

Resultatene kan måles gjennom installerte sikkerhetsanordninger og gjennomført opplæring.

Konsesjon for fortsatt drift av Halden og Kjeller reaktorene utredes i samarbeid med Nærings- og handelsdepartementet.

Styrket atomberedskap

For å begrense konsekvensene ved en eventuell atomulykke er det en prioritert oppgave at det er en adekvat nasjonal beredskap. Strålevernet vil i 1999 følge opp dette ved gjennomføring av beredskapsøvelser, kvalitetssikring av varslingsrutiner og videreutvikling av planverk og hjelpemidler. Konkrete informasjonstiltak vil gjennomføres.

Hovedmål 4: Dokumentasjon av radioaktiv forurensning

Det er behov for å dokumentere nivåer og trender av radioaktiv forurensning. Strålevernet opprettholder og videreutvikler overvåking av radioaktiv forurensning gjennom deltakelse i konkrete nasjonale og internasjonale prosjekter og programmer. Målet er at kvalitetssikret informasjon om forurensningen er tilgjengelig nasjonalt og internasjonalt.

5. Merknader til budsjettforslaget for 1999

Post 01 foreslås styrket med 4,5 mill. kroner til permanent styrking av dosimetri, kvalitetssikring i strålemedisin og opprettelse av en sentral database over radon målinger foretatt i privat og offentlig regi, jfr. Nasjonal kreftplan. Den opprustning som anbefales innenfor norsk stråleterapi øker behovet for strålefysiske og dosimetriske tjenester samt kvalitetssikring av disse for Strålevernet. Videre er driftsbudsjettet foreslått styrket med 1 mill. kroner til utstyr.

Post 01 foreslås også styrket med 1,5 mill. kroner til drift av atomulykkeberedskapen. Midlene overføres fra kap. 719, post 21.

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 83,5 pr. 1. oktober 1996 og 82,6 pr. 1. mars 1998.

KAP. 3715 STATENS STRÅLEVERN

(jfr. kap. 715)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
02	Salgs- og leieinntekter	4 132	600	615
03	Diverse lønnsinntekt	35 768		
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	53		
16	Refusjon fødselspenger	186		
Sum kap. 3715		40 139	600	615

Post 02 Salgs- og leieinntekter

Inntekter på post 02 er inntekter fra persondosimetrien.

KAP. 716 KREFTREGISTERET
(jfr. kap. 3716)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	27 148	25 175	26 525
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, kan overføres	510	420	425
	Sum kap. 0716	27 658	25 595	26 950

Det er overført fra 1997 til 1998:

Post 01: 1 071 000 kroner

Post 45: 234 000 kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

Kreftregisteret, Institutt for epidemiologisk kreftforskning, har som overordnet mål å etablere viten og spre kunnskap som bidrar til å redusere kreftsykdom.

Kreftregisteret har følgende hovedmål:

1. *Registrering*: Registrere alle tilfeller av kreft i Norge samt forstadier til kreft, særlig i livmorhals, bryst og tykk-/endetarm.
2. *Forskning*: Etablere ny viten om kreftsykdommenes årsaker, naturlige forløp, diagnose og behandlingseffekter.
3. *Informasjon*: Skaffe samfunnet oversikt over krefttilfellene i Norge og belyse utviklingen over tid.

2. Resultatrapport for 1997*Hovedmål 1: Registrere alle tilfeller av kreft i Norge*

98 pst. av alle kreftdiagnoser i Norge er registrert i Kreftregisteret. Dette er i tråd med mål om registerets kompletthet. Tallet er det samme for brystkreftprøver tatt i prøvefylkene, for mammografiscreening og for andelen av livmorhalsprøver tatt i hele landet.

Tiden fra prøve er tatt og/eller kreft er påvist, til dette er registrert i Kreftregisteret ligger på omlag 15 mnd for diagnosemeldinger (fra patologene). Når det gjelder meldinger fra behandlere (fra klinikerne) er det en tendens blant melderne til ikke å sende inn meldingene spontant, men vente på puringer fra Kreftregisteret. Eksakt antall måneder for kliniske meldinger er derfor vanskeligere å angi.

Hovedmål 2: Etablere ny viten om kreftsykdommenes årsaker, naturlige forløp, diagnose og behandlingseffekter

Kreftregisteret har i 1997 publisert forskningsarbeider knyttet til risikofaktorer for kreftutvikling som virus, hormoner, sporstoffer, yrke, stress, arv, kosthold, røyking og alkohol. Det er også arbeidet videre med prosjekter knyttet til disse risikofaktorene.

Fra studier kan fremheves endel resultater:

- Under siste verdenskrig synes det å ha vært en minsket brystkrefttrisiko for de kvinner som var i tenårene i perioden. Som årsak diskuteres bl a kostholdsendringer.
- Testikkelkreft viser sterk økning og er dessuten hyppigste kreftform blant unge menn i Norge. Studiene indikerer en lavere forekomst av testikkelkreft blant dem som er født like før og under den andre verdenskrig. Andre funn viser at hormonelle forhold tidlig i fosterlivet og øvrige forhold i perioden omkring svangerskap og fødsel har betydning for utvikling av kreftformen. Mer enn 95 prosent av pasienter med testikkelkreft blir i dag helbredet og har en normalt lang levetid foran seg.
- Norske menn som røyker 15 sigaretter pr dag eller mer har en høyere risiko for å få kreft i lever, munn, svelg, strupe og spiserør sammenliknet med dem som ikke røyker. De som drikker 4-7 alkoholenheter pr uke har en høyere risiko for disse kreftformene sammenliknet med dem som ikke drikker. Analyse av data på norske menns kostholdsvaner indikerer at et høyt inntak av frukt, grønnsaker og brød virker beskyttende mot disse kreftformene.

En studie fra de Nordiske kreftregistre (KiN (Kreftbildet i Norden)-prosjektet) viser at 5 500 nye tilfeller av kreft i Norge kunne vært forebygget årlig. Den største

forebyggingsgevinsten ligger i å redusere sigarettøyking, solforbrenning og å spise sunn mat.

Forebyggende undersøkelser mot livmorhalskreft ble etablert som en landsdekkende undersøkelse i 1995. Resultatene fra første 3-års periode av programmet blir fremlagt i egen evaluering i 1998. I løpet av 1998 ferdigstilles en kost-nytte-analyse av prosjektet.

Pr 1. desember 1997 var 148 001 kvinner invitert til mammografiscreening. Dette utgjør i underkant av 40 pst. av kvinner i alderen 50-69 år i Norge. Gjennomsnittlig oppmøte var 77,3 pst. Funn og status i fylkene er gitt i Mammografiårsrapporten. Programmets andre runde med 5 nye prøvefylker er startet i 1998.

Hovedmål 3: Skaffe samfunnet oversikt over krefttilfellene i Norge og belyse utviklingen over tid.

Cancer in Norway 1995 ble publisert primo 1998. Rapporten presenterer tall for kreftforekomsten i 1995, og forekomst for hele landet og for hvert fylke siden 1954. I 1997 var det sykehus, studenter samt media som hyppigst etterspurte opplysninger fra Kreftregisterets database.

Ifølge Kreftregisterets normtider skal 90 prosent av servicehenvendelser være besvart innen 14 dager, resten innen 1 mnd. I andre halvår av 1997 ble 94 pst. av henvendelsene besvart innen 14 dager, mens 1 pst. ikke var besvart innen 1 mnd (72 pst. ble besvart allerede samme dag som henvendelsen kom, 88 pst. innen 1 uke).

3. Tilstandsvurdering

Utfordringene på området er mange. Hyppigheten av de fleste kreftformer har økt i seneste 5-årsperiode. De hyppigste kreftformene er prostatakreft hos menn, brystkreft hos kvinner og tykkendetarmskreft hos begge kjønn. Prosentvis størst økning sees i foflekkekreft hos begge kjønn og testikkelkreft hos unge menn.

Det vises forøvrig til omtalen under programkategori 10.10 Kommunehelsetjenester, forebygging og rehabilitering.

4. Satsingsområder og mål for 1999

Hovedmål 1: Registrere alle tilfeller av kreft i Norge

I løpet av første halvdel av 1999 skal alle nye tilfeller av kreft i 1997 være registrert i Kreftregisteret. Dette er et "naturlig etterslep" (ca 12 mnd) i registreringen på bakgrunn av innsendte meldinger fra klinikere og patologer.

Det satses videre på å utvikle metode for å rapportere nye tilfeller av kreft som kan være forårsaket av pasientens yrke. Disse vil meldes til Rikstrygdeverket snarest mulig med tanke på eventuell yrkesskadeerstatning. Meldesystem skal være etablert i løpet av 1999.

Forprosjekt for registrering av tilbakefall for kreft videreføres, bl.a. med sikte på iverksetting av et nytt melde- og overvåkingssystem for å studere såvel naturlig forløp av kreft som diagnostikk og behandling, jfr. St.prp. nr 61 (1997-98) om nasjonal kreftplan og Budsjett-innst. S. Nr. 11 (1997-98). Forprosjektet ferdigstilles i løpet av 1999.

Hovedmål 2: Etablere ny viten om kreftsykdommenes årsaker, naturlige forløp, diagnose og behandlingseffekter

Forskningen har de senere årene vært konsentrert om prosjekter relatert til risikofaktorer for kreftutvikling. I økende grad rettes nå forskningsaktivitetene mot klinisk forskning. Dette omfatter betydning av diagnostikk, behandling, sykdomsutbredelse på diagnosetidspunktet, samt videre sykdomsutvikling og leveutsikter.

Forskningsvirksomheten framover vil bl a konsentreres om:

- Kliniske problemstillinger vedrørende diagnostiske utredninger, behandling, sykdomsutbredelse ved diagnose og over tid.
- Tverrvitenskapelige studier av risikofaktorer for kreft som arvelige faktorer, mikroorganismer, yrkes- og miljøgifter, levevane inklusive kostholds faktorer, samt fysiologiske betingelsers betydning for kreftutvikling.
- Kvalitetssikring vedrørende registrering av sammenhenger mellom arv og kreft.
- Utvidelse av masseundersøkelsen mot brystkreft til drift i to nye fylker. Det er et mål å oppnå minst 80 prosent frammøte i mammografiscreeningen.
- En må gjennomføre tiltak for å øke frammøtet ytterligere til den nasjonale masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Evaluering av programmet ferdigstilles.
- Iverksetting av screeningprosjektet for tykk- og endetarmskreft.

Hovedmål 3: Skaffe samfunnet oversikt over krefttilfellene i Norge og belyse utviklingen over tid

I løpet av 1999 skal publikasjonen "Cancer in Norway 1997" utgis. I tillegg skal en rapport om krefttilfellene i landets kommuner for perioden 1988-1997 utgis.

Det skal gjennomføres en brukerundersøkelse vedrørende Kreftregisterets servicefunksjon overfor helsetjenesten. Resultatene fra evalueringen vil bli presentert i år 2000.

5. Merknader til de enkelte poster

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 44,5 pr. 1. oktober 1996 og 49,1 pr. 1. mars 1998.

En stilling som forsker omgjøres til overlege.

Post 01 er styrket med 425.000 kr til å dekke utgifter til en stilling knyttet til arbeidet med rapportering fra Kreftregisteret til Rikstrygdeverket i forbindelse med yrkesbetinget kreft. Midlene er overført fra kap 719.21.

KAP. 3716 KREFTREGISTERET

(jfr. kap. 716)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
03	Oppdragsinntekter	5 411	1 070	1 100
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	240		
16	Refusjon fødselspenger	661		
	Sum kap. 3716	6 312	1 070	1 100

KAP. 717 TIL GJENNOMFØRING AV LOV OM SVANGERSKAPSAVBRUDD

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	227	220	
70	Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap m.v.	15 965	18 540	
71	Stiftelsen AAN-Alternativ til abort i Norge	10 579	10 840	
	Sum kap. 0717	26 771	29 600	

Postene 01, 70 og 71 er fra 1999 flyttet til Kap. 719 hhv postene 01, 71 og 72.

KAP. 718 REHABILITERING

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter			
21	Spesielle driftsutgifter			19 000
60	Rehabilitering			117 500
	Sum kap. 0718			136 500

Under kap. 718 er det ført opp bevilgningsforslag til forskning og utvikling på rehabiliteringsfeltet og midler til rehabilitering i fylkeskommunene.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen var tidligere ført opp under kap. 603, post 21.

1. Formål og oppgaver

Formålet med bevilgningen er å støtte forsøksvirksomhet, forskning, utrednings-, utviklingsarbeid innenfor rehabilitering. Den er knyttet til følgende hovedområder ;

1. Utredninger og utviklingsarbeid for å bedre kunnskapsgrunnlaget for politikkutforming de nærmeste 2-3 år. Bevilgningen skal benyttes til å finansiere tidsbegrensede prosjekt og utredninger med et anvendt siktemål. Aktivitetene er imidlertid langsiktige i den forstand at resultatene av dette utrednings- og utviklingsarbeidet ofte vil komme etter flere års aktivitet innenfor de ulike prosjekter. Resultater som i neste omgang må bearbeides for å iverksettes i form av forbedringer i tjenesteapparatet.
2. Langsiktig oppbygging av miljøer og kompetanse som kan bidra med forskningsbasert kunnskap på departementets satsingsområder. Dels er hensikten å stimulere forskningsmiljøer til å arbeide med problemstillinger som departementet vurderer som viktige i et mer langsiktig perspektiv, og dels skal forskningsaktivitetene gi konkrete resultater i form av enkeltrapporter som kan gi direkte innspill til det pågående arbeidet i departementet. Det viktigste virkemidlet er bevilgningen til forskningsprogrammer i regi av Norges forskningsråd (NFR). Forskningsprogrammene mottar forøvrig i varierende grad tilskudd fra NFR's grunn-bevilgning, andre fagdepartementer og andre kapitler på Sosial- og helsedepartementets budsjett. Gjennom deltagelse i programstyrene har departementet anledning til for å sette krav til forskningens innhold.
3. Utvikling av styrings- og informasjonssystemer, samt informasjonstekniske løsninger, som raskt og effektivt gir aktuelle forvaltningsnivåer samlede oversikter over tjenesteproduksjon, forbruk av offentlige ytelser og viktige sosiale forhold som påvirker dette.

Målene for bevilgningen i 1999 må særlig knyttes til å rette de mangler på rehabiliteringsområdet som er beskrevet i kategoriomtalen: ukoordinert bistand, mangelfull kunnskapsoppbygging, for svak formidling.

2. Resultatrapportering for 1997

I 1998 ble det i all hovedsak satset på utviklingsarbeid, forsøk og forskning som retter fokus mot tverrsektorielle og tverrfaglige problemstillinger, herunder rehabilitering med særlig vekt på kvinners helse og helse/kultur. Resultatrapporteringen av prosjekter og satsinger som ble bevilget over kap. 603 post 21 forskning, utredning og IT m.v. i 1997, og som for 1999 er foreslått flyttet til andre fagkapitler, omtales under nytt kapittel.

2.1 Utredninger og utviklingsarbeid for å bedre kunnskapsgrunnlaget for politikkutforming de nærmeste 2 - 3 år.

Rehabilitering - forsøk

Forsøksprogrammet "Trygd og rehabilitering" ; rehabilitering av personer med smertefulle funksjonshemmende tilstander i bevegelesesapparatet ble avsluttet i 1997. En felles overordnet sluttevaluering ble fremlagt i juni 1997. Hovedresultatet fra trygd og rehabiliteringsprogrammet er at et flertall av brukerne som ble omfattet oppga økt livskvalitet og tilfredshet med hjelpeapparatet. Tilbakeføring til lønnet arbeid er kun en av flere resultatindikatorer for vellykket rehabilitering. Resultatvurderinger må også knyttes til mestrings- og livskvalitetsrelaterte forhold.

Tverrfaglig etterutdanningstilbud innen rehabilitering

Høgskolen i Oslo gjennomførte våren 1998 seks kurs i like mange antall fylker (i regi av Kommunal Kompetanse: Troms, Sør-Trøndelag, Sogn og Fjordane, Vest-Agder og Oppland, og Høgskolen i Bergen: Hordaland). Høsten 1998 skal det avholdes ytterligere fem kurs. Virksomheten har vært finansiert over Sosial- og helsedepartementets kap. 720.62, 705.61 og 603.21 i 1998. Kurset henvender seg til fagpersonell som arbeider med rehabilitering på kommunalt, fylkeskommunalt og statlig nivå innen helse-, pleie- og omsorgs- og sosialsektoren, barnehage- og skolesektoren, kultur- og fritidssektoren og trygde- og arbeidsetaten.

Etterutdanningstilbudet vil bli evaluert. Evalueringsrapporten forutsettes å foreligge våren 1999.

Kvinnehelse

En offentlig utredning om kvinners helse i Norge ble påbegynt i 1997 og skal etter planen legges frem innen utgangen av 1998. Den fremstiller og drøfter tema som f.eks. kvinners møter med helsetjenestene, forskning, utdanning, trygd- og velferdsordninger og vil komme til å foreslå tiltak - enten på selvstendig basis eller integrert i eller knyttet til handlingsplaner som skal iverksettes innenfor ulike områder. Utredningen vil fremme et konkret forslag om organisering av et forskningssenter for kvinnesykdommer, og vil også kunne gi grunnlag for ulike former for FoU arbeid innenfor flere områder.

Helse og kultur

Helse og kultur, forsøksvirksomhet er et samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet, Kulturdepartementet, Norsk kulturråd, Rikskonsertene, kommuner og fylkeskommuner. Der er igangsatt forsøksvirksomhet for å få dokumenterbare erfaringer på hvordan kulturelle virkemidler kan brukes i det forebyggende, helsefremmende og rehabiliterende arbeidet. Målet er å øke selvspekt og mestringsevne for grupper med kroniske funksjonshemmende lidelser spesielt, samt å øke folks deltakelse i lokalsamfunnet mer generelt. En del av forsøksvirksomheten tar sikte på å ta i bruk kulturelle virkemidler i opplysningsarbeidet, dette for å bedre kommunikasjonen med grupper vi har vanskelig for å nå frem til med vanlig informasjon. Helse/kultursatsingen startet opp i 1995 og skal videreføres i 1999.

Tverrfaglig fengselsprosjekt

I 1997 ble det startet opp et utviklingsprosjekt i Oslo kretsfengsel. Målgruppen for prosjektet er innsatte som i særlig grad "soner tungt" - isolerer seg fra andre innsatte og ikke synes å kunne ta del i de aktiviteter og gjøremål som innsatte vanligvis gjør. Prosjektet er 3-årig og evalueringen blir startet opp i 1998.

Oppfølging av vanskeligstilte leietakere i kommunale boliger

I samarbeid med Oslo kommune startet departementet i 1997 opp et utviklingsprosjekt rettet mot vanskeligstilte kommunale leietakere. Målsettingen med utviklingsarbeidet er gjennom sosial rehabilitering å forebygge bostedsløshet. Gjennom et tverrsektorielt kommunalt samarbeid skal det drives individuell oppfølging av beboere som står i fare for å miste boligen sin. Det skal utvikles en metodikk som skal kunne overføres til andre byer.

Formidling av resultater

Det nytter- prisen; Det kom i 1998 inn 111 søknader til "Det Nyttre- prisen". 30 av de mest nyskapende prosjektene presenteres i "Det nytter"- magasinet -98. I 1999 vil Sosial- og helsedepartementet i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund dele ut denne prisen for tiende gang. Prisen for 1997 ble delt mellom Norsk senter for laboratorievirksomhet utenfor sykehus og "Psykiatriprosjekt i grunnskolen" i Sandefjord, mens prisen for 1998 ble delt mellom Psykiatriske ungdomsteam ved Ullevål sykehus og Kirkeveien videregående skole og Dagkirurgisk enhet ved Sentralsykehuset i Møre og Romsdal.

*2.2 Langsiktig oppbygging av miljøer og kompetanse som kan bidra med forskningsbasert kunnskap på departementets satsningsområder**Velferd og samfunn*

Velferdsforskningen i NFR er i hovedsak forankret under programmet Velferd og samfunn, som avsluttes ved årsskifte 1998 - 99, med avslutningsaktiviteter våren 1999. Forskning for funksjonshemmede er tatt inn som særlig delprogram under Velferd og samfunn. Forskning fra dette delprogrammet viser at nedgangen i yrkesaktivitet er sterkere blant funksjonshemmede enn blant ikke funksjonshemmede. En annen studie av funksjonshemmedes demokratiske deltagelse i samfunnslivet viser at selv om funksjonshemmede generelt har større problemer med deltagelse, er det lite som tyder på at de faktisk ekskluderes. Den første rapporten fra en undersøkelse av brukerstyrt personlig assistent viser at brukerne er blitt mindre avhengig av hjelp fra familie og venner. Mulighetene til et selvstendig liv øker merkbart, og de med mange hjelpetimer er mest fornøyde. Forskning fra delprogrammet Omsorgstjenester, sosialhjelp og trygd viser at "arbeidslinja" ikke er en fundamentalt ny strategi i norsk velferdspolitik, det nye er i første rekke at det stilles strengere krav til bruk av passive stønader. Den første rapporten fra Taterforskningen omhandler tiltak rettet mot barn i perioden 1914 - 1986. Det offentlige var opptatt av barnas situasjon som et "redningsprosjekt", hvor foreldrene generelt ble framstilt

svært tendensiøst. Foreldrene ble presset til å gi fra seg omsorgen til barna, blant annet ut fra manglende "normalisering" med henblikk på fast bosetting. Barna ble brukt som redskap for å tvinge foreldrene inn i samfunnet.

Helse og sykdom i kulturelt perspektiv

Programmet ble etablert i 1996 og skal blant annet gi økt kunnskap og større bevissthet om helsekulturen i Norge. Satsingen skal ha stor bredde og en flerfaglig tilnærming (medisinsk, humanistisk og samfunnsvitenskapelig forskning) og vil bl.a. fokusere på kroniske smertetilstander, rehabilitering, helsekultur og kvinnehelse. I 1998 er det utarbeidet en programplan for satsingen.

2.3 Utviklingsprosjekter - informasjons- og beslutningstøttesystemer

KOSTRA (KOMMune STATistisk RAPportering) har som mål om å frembringe relevant, pålitelig og sammenlignbar styringsinformasjon om kommunenes prioriteringer, produktivitet og dekningsgrader. Styringen av KOSTRA skjer gjennom et tverrdepartementalt samordningsråd ledet av Kommunal- og arbeidsdepartementet. Prosjektlederansvar for KOSTRA ivaretas av SSB frem til full implementering i alle landets kommuner innen 2001. I 1997 deltok fire kommuner i registreringen, i 1998 er antallet kommet opp i 28 kommuner. KOSTRA-informasjon er et viktig bidrag til dialog mellom politikere og administrasjon ved at kommunestyrepolitikere bedre kan se iverksettelsen av politisk fattede vedtak i sammenheng med rapporterte tall.

2. Tilstandsvurdering

Det vises til kategoriomtalen for tilstandsvurdering

3. Satsningsområder og mål i 1999

3.1 Utrednings- og utviklingsforsøk for å bedre kunnskapsgrunnlaget for politikktutformingen de nærmeste 2 - 3 år

Rehabilitering fordrer et tverrfaglig perspektiv og samarbeid med brukerne i valg og utforming av tiltak (brukermedvirkning). Erfaringene innhentet gjennom "Trygd og rehabiliteringsprogrammet" peker på at det er behov for kunnskap som kan knytte vurderinger og tiltak til forståelse av ressurser, livsløp/situasjon, funksjon, mestring og mellommenneskelige forhold. Det er også stort behov for å styrke samarbeidet mellom ulike aktører i tjenesteapparatet og mellom dem og brukerne. Formålet med satsingen for 1999 vil være å videreutvikle tverretattlig kompetanse innen rehabiliteringsfeltet, og hovedprioriteringene vil representere en oppfølging og videreføring av erfaringer høstet fra "Trygd- og rehabiliteringsprogrammet", og de føringer som legges i Stortingsmelding om rehabilitering. Resultatmålene for satsingen på rehabilitering vil være knyttet til evaluering av følgende oppfølgingskriterier: brukernes livskvalitet og mestringsevne, relevansen i tjenestetilbudet og muligheter for tverretattlig tilnærming, og mulige reduksjoner i sykefravær og utbetalinger av ulike trygdeytelser, ved at brukerne tilbakeføres til lønnet arbeid.

En offentlig utredning om om Kvinners helse som legges frem innen utgangen av 1998, vil bli fulgt opp i 1999. Det vil bli igangsatt evaluering av prosjektene "Helse - kultur - forsøksvirksomhet" og "Tverrfaglig fengselsprosjekt" i løpet av høsten 1998.

3.2 Oppbygging av kompetanse for å bedre kunnskapsgrunnlaget for politikktutformingen

3.2.1 Utvikling av sentralt kompetansemiljø for helhetlig rehabilitering.

Departementet ønsker å se rehabilitering som et samlet felt. Det er viktig at de som arbeider innenfor rehabiliteringsfeltet i størst mulig grad har felles begrepsforståelse og et bevisst forhold til verdigrunnlaget for rehabiliteringsprosessen, samt:

- kunnskap om de ulike aktørenes rolle og funksjon
- kunnskap om- og kompetanse på brukermedvirkning
- samarbeidskompetanse
- kunnskap og kompetanse om prosesser, tiltak og virkemidler innen rehabiliteringsfeltet generelt og innen spesielle områder

3.2.2 Forskningsprogrammer under Norges forskningsråd

Programmet Velferd og samfunn avsluttes første halvår 1999, men velferdsforskning er et område som krever kontinuerlig forskningsinnsats. Departementet vil derfor gå inn for å

støtte en videreføring av dette programmet under tittelen "Velferdssamfunnet" for en periode på fem år (1999 - 2004). Det vil også i 1999 bli gitt støtte til programmet "Helse og kultur" (1997 - 2001).

3.3 Utviklingsprosjekter - informasjons- og beslutningsstøttesystemer

Det foreslås igangsatt et utredningsarbeid med sikte på utvikle bedre statistikk på rehabiliteringsområdet.

Post 60 Rehabilitering i fylkeskommunene m.v

Posten foreslås opprettet med 117,5 mill. kroner som før ble bevilget under kap. 720 post 62.

1. Formål og oppgaver

Formålet med denne bevilgningen er å bidra til oppbygging og styrking av rehabiliterings- og habiliteringstilbudet i fylkeskommunene og tilbudet til revmatikere. Tilbudet innen rehabilitering i fylkeskommunen skal være samordnet og tilpasset brukerne. Fylkeskommunene forutsettes å organisere sine tilbud slik at de for de enkelte brukergruppene vil kunne utgjøre en tiltakskjede sammen med de kommunale tilbud.

2. Resultatrapportering

Det er i løpet av 1997 gjennomført en evaluering av fylkeskommunenes bruk av tilskuddsmidlene til rehabilitering og tilbud til revmatikere. Sluttrapporten for evalueringen ble lagt frem i april 1998, og omfatter en kartlegging av status på rehabiliteringsfeltet pr. 1993 det vil si før tilskuddsordningen trådte i kraft, samt bruken av midlene fram til 1997. I tillegg ble det gjennomført en spørreundersøkelse tidlig i 1998, som gikk mer i detalj omkring bruken av midlene. Evalueringen viser at tilskuddsordningen langt på vei har hatt den ønskede effekt. Innen de institusjonene det er samlet inn opplysninger om, er rehabiliteringstjenesten styrket med 370 stillinger i alt. Et flertall av fylkeskommunene har hatt en økning i antallet sengeplasser og antallet innlagte pasienter. I samme periode har antallet polikliniske konsultasjoner økt med ca. 9000. Styrkingen har også truffet prioriterte pasientgrupper, som slagpasienter og revmatikere. Hodeskadepasienter har imidlertid ikke fått en særlig bedring i tilbudet slik intensjonen var. Et grovt anslag tyder på at syv av fylkeskommunene planlegger som om alle tiltakene videreføres. I syv andre fylkeskommuner planlegges noen tiltak videreført. Samtlige fylkeskommuner gir uttrykk for at tilskuddsordningen har bidratt til å gi fagfeltet et løft. Mange fylker sliter med rekrutteringsproblemer.

3. Tilstandsvurdering

Det vises til kategoriomtalen.

4. Satsningsområder og mål i 1999

Det vil også i 1999 bli gitt støtte til Statens Helsetilsyns arbeid med veileder for rehabilitering. Tverrfaglig etterutdanningstilbud innen rehabilitering foreslås videreført i 1999. Midler til fylkeskommunene over kap. 718 post 60 vil fra og med 1999 bli fordelt etter objektive kriterier. Departementet vil utarbeide oppfølgingskriterier i henhold til nytt økonomi reglement i staten av januar 1996.

KAP. 719 HELSEFREMMENDE OG FOREBYGGENDE ARBEID

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	3 811		235
21	Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialektoren, <i>kan overføres</i>	59 623	51 900	58 340
61	Mammografiscreening	24 085	42 240	48 240
66	Handlingsplan mot selvmord, <i>kan overføres</i>	9 088	7 700	7 700
70	Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien og smittevern, <i>kan overføres</i>	19 049	16 150	21 600
71	Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap m.v.			20 000
72	Stiftelsen AAN-Alternativ til abort i Norge			11 100
	Sum kap. 0719	115 656	117 990	167 215

Det er overført fra 1997 til 1998:

Post 21: 3 449 000 kroner

Post 66: 1 612 000 kroner

Post 70: 1 188 000 kroner

Budsjettforslag**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. Posten er noe styrket pga. økning av godtgjørelsene iht. statens regulativ. Midler til dette formålet var tidligere plassert på kap. 717.01

Post 21 Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialektoren m.v., *kan overføres*

Det er foreslått overført midler til Kreftregisteret til finansiering av en stilling knyttet til rapporteringssystem ved yrkesbetinget kreft (kap 716) og til Statens strålevern for styrking av atomulykkeberedskapen (kap 715) tilsammen 1 925 mill. kroner. Posten foreslås videre styrket med 2 mill. kroner til satsing på helsestasjons- og skolehelsetjenesten og 2 mill. kroner til forskning- og utviklingsarbeid knyttet til forebygging av benskjørhet.

1. Formål og hovedprioriteringer

For nærmere spesifisering av mål og prioriteringer vises til tilsvarende avsnitt under Programkategori 10.10 (foran).

2. Resultatrapport 1997/98

Når det gjelder resultater og tilstandsvurdering på områdene psykososiale problemer, belastningslidelser, ulykker, astma, allergi- og inneklimateykdommer, tobakkskadeforebygging, ernæring, smittevern og strålevern vises til kategori 10.10.

Stortinget har ved behandlingen av St.prp. nr. 65 (1997-98) Omprioriteringer og tilleggsbevilgninger på statsbudsjettet 1998, sluttet seg til Regjeringens forslag til forvaltningsstrategi vedrørende elektromagnetiske felt og helse. Denne strategien er i samsvar med konklusjonene i NOU 1995:20 Elektromagnetiske felt og helse og høringsuttalelsene til denne. Statens helsetilsyn har avgitt en rapport om el-overfølsomhet, forholdet til helsetjenesten og forslag til behandlingstilbud.

3. Satsingsområder og mål 1999

I 1999 vil innsatsen særlig være rettet mot å stimulere det tverrsektorielle samarbeidet i kommunene og formidle erfaringer fra utviklingsprosjekter for å få til helsefremmende og forebyggende arbeid innenfor de fire innsatsområdene med særlig vekt på å fremme barns og ungdoms helse. Dette formidlings- og samordningsarbeidet utføres i hovedsak gjennom Aksjonsprogrammet barn og helse 1995-99. Mål for 1999 er å videreføre fylkenes

stimuleringsarbeid overfor kommunene både når det gjelder fokusering og kompetanseheving innenfor de ulike innsatsområdene og forankre det tverrsektorielle samarbeidet i kommunens ledelse. Oppsummering og rapportering av erfaringene fra arbeidet i fylkene og kommunene blir viktig i det avsluttende året for programmet, samt å legge strategi for videreføring av arbeidsmåter, herunder satsingen på Helsestasjon for barn og unge (0-20 år), det vises til kategori 10.10 under Virkemidler og forventede resultater. I tillegg vil handlingsplanene på hovedinnsatsområdene ulykkesforebygging og astma, allergi og inneklimateykdommer bli videreført.

Handlingsplan for forebygging av belastningslidelser for perioden 1994-98 vil bli fulgt opp gjennom utredningsarbeidet for et eventuelt nasjonalt fagråd for fremme av fysisk aktivitet.

Det vil i 1999 bli lagt fram et nasjonalt informasjonsopplegg i forbindelse med oppfølgingen av forvaltningsstrategien NOU 1995:20 Elektromagnetiske felt og helse. Departementet vil vurdere Helsetilsynets rapport om el-overfølsomhet i forhold til helsetjenesten og forslag til behandlingstilbud etter at denne har vært på høring.

Oppfølging av Helsinki-deklarasjonen for miljø og helse, vedtatt av europeiske miljøvern- og helseministre i Helsinki i 1994 vil bli videreført i samarbeid med Miljøverndepartementet. Arbeidet vil bli presentert på ministerkonferansen i London, 1999. Det planlegges utarbeidet en nasjonal handlingsplan for miljø og helse.

Følgende forskningsprogrammer under Norges forskningsråd foreslås finansiert over denne posten i 1999: Helse i arbeidslivet (flyttet fra kap. 603 post 21), Helse og miljøforurensning, Inneklima og helse, Vannforskningsprogrammet, Forebyggingsprogrammet, herunder forebygging av uønskede svangerskap og abort, og deler av forskningen på biologiske og medisinske virkninger av elektromagnetiske felt.

Det foreslås avsatt midler over denne posten til deler av EUs folkehelseprogram og EUs strålevernprogram.

Departementet vil legge fram en ny folkehelse rapport våren 1999 samtidig som det vil bli holdt en helsepolitisk redegjørelse for Stortinget. Videreutvikling av et nasjonalt indikatorsystem for folkehelse med sikte på at et permanent system videreføres i 1999.

Også midler til utvikling av nasjonale indikatorer for forebyggingsaktivitet i kommunene foreslås videreført.

For øvrig vises til programkategori 10.10.

Posten foreslås styrket med 2 mill kr til satsing på helsestasjons- og skolehelsetjenesten for bl.a. å følge opp ernæringsarbeid, tobakksskade forebygging, fremme av fysisk fostring, tverrsektorielt samarbeid lokalt, metodeutvikling og spredning av kunnskapsbasert praksis. Programsatsingen er kalt "helsestasjon for barn og unge (0-20 år) i fokus".

Post 61 Mammografiscreening

Sosial- og helsedepartementet startet i 1994 opp prøveprosjekt med masseundersøkelser for brystkreft ved mammografi. Det er oppnevnt en styringsgruppe for prosjektet, og prosjektledelsen er lagt til Kreftregisteret. Prosjektet planlegges gjennomført i perioden 1994-99. Prosjektet omfatter kvinner i alderen 50-69 år. Foreløpig evaluering gjøres etter to år, samtidig som annen screeningrunde starter. I 1998 ble prøveprosjektet utvidet med fem nye fylker.

1. Formål

Hovedmål for prøveprosjektet er:

1. Å vurdere ulike arbeidsmodeller som kan forventes å redusere dødligheten av brystkreft blant kvinner i alderen 50-69 år med 30 pst. i prøvefylkene.
2. Å gi et grunnlag for å vurdere de organisatoriske, økonomiske og faglige konsekvenser av et eventuelt nasjonalt screeningprogram.

Ut i fra hensynet til evaluering av virksomheten i prøvefylker, forekomst av brystkreft-tilfeller og faglig krav til mammografisentre, har man valgt Akershus, Rogaland og Hordaland som prøvefylker. I tillegg er Oslo kommunes screeningprogram assosiert til prøveprosjektet, slik at det følger samme mønster som prøveprosjektet. I 1998 er Oslo inkludert som prøvefylke i prosjektet som også er utvidet med Telemark, Troms, Finnmark og Agderfylkene.

2. Resultatrapport 1997/98

Masseundersøkelsen ble fullført for første treårsperiode i desember 1997. Pr. 31. desember 1997 var 148 000 kvinner invitert og 114 352 kvinner hadde møtt opp til mammografiscreening. Det gjennomsnittlige oppmøtet var 77,3 pst., men oppmøtet varierte

fra 66 til 88 pst. pr. screeningsenhet. Det er lagt opp til løpende vurdering av bl.a. kostnader og kvalitet på radiologiske og kliniske data og informasjonsopplegg rettet mot kvinnene.

3. Tilstandsvurdering

Brystkreft er den klart hyppigste kreftform blant kvinner i den vestlige verden. I Norge rammes over 2 000 kvinner av sykdommen hvert år. Brystkreft utgjør omlag 23 pst. av alle nye krefttilfeller hos kvinner. Årlig dør omlag 750 norske kvinner av sykdommen. Brystkreft er den viktigste årsak til tapte leveår hos kvinner opptil 65 år og rangerer foran både hjerte-karsykdommer og ulykker for denne aldersgruppen. Vel 20 000 kvinner lever i dag med diagnosen brystkreft, nær alle er operert.

4. Satsingsområder/mål 1999

Det forutsettes at prøveprosjektet følger planlagt progresjon i 1999. Det er et mål å oppnå minst 80 pst. fremmøte, at antallet funn utvikler seg tilfredsstillende og at det kan dokumenteres god kvalitet på de radiologiske og kliniske data.

Ved behandlingen av St.prp. nr. 61 (1997-98) Nasjonal kreftplan, sluttet Stortinget seg til Regjeringens forslag om å utvide tilbudet om mammografiscreening for kvinner i aldersgruppen 50-69 år til et landsomfattende tilbud så raskt personellsituasjonen tillater det i handlingsplanperioden 1999-2003.

Det foreslås bevilget 6 mill. kr til utvidelse av tilbudet i to nye fylker i 1999. Det vises til den samlede omtalen av Nasjonal kreftplan under kap. 739.65.

Erfaringene fra prøveprosjektet vil bli lagt til grunn i den videre planleggingen av et landsomfattende tilbud.

Post 66 Handlingsplan mot selvmord, kan overføres

1. Formål og hovedprioriteringer

Den overordnede målsetting med handlingsplanen er at helsetjenesten skal bidra til å redusere selvmordshyppigheten i Norge. Handlingsplanen retter seg primært mot tiltak for å gi et bedre tilbud til grupper med spesiell risiko for selvmord. Virkemidlene for å oppnå hovedmålsettingen er:

1. Etablere regionale ressursmiljøer med følgende mål: Beskrive kunnskapsstatus og avdekke områder for relevant forskningsinnsats, stimulere til tverrfaglig forskning og koordinering av forskning, opprette databaser for forskningsresultater, arrangere forskningskonferanse, samt ansvar for undervisning, veiledning og faglig nettverksutvikling i regionen.
2. Utvikle læringsprogrammer og sørge for kunnskapsformidling til relevante offentlige instanser og frivillige organisasjoner.
3. Kartlegge og evaluere eksisterende modeller for organisert samarbeid, spre kunnskap om gode modeller og eventuelt utvikle nye modeller (lokale prosjekter i kommuner/fylkeskommuner).

Handlingsplanen vil primært rette innsatsen mot mennesker med høyrisiko for selvmordsadferd. Tidligere selvmordsadferd (enten ved alvorlige trusler eller tidligere forsøk), rusmiddelmissbrukere og mennesker med psykiatriske lidelser er grupper med betydelig økt risiko. Handlingsplanen er forlenget ut 1999 (1994-99). Det er Statens helsetilsyn som har ansvar for gjennomføring av handlingsplanen.

2. Resultatrapport 1997

- Økt og systematisk forskning: Arrangert forsknings- og forebyggingskonferanse i januar 1997.
- Etablering av regionale ressursentre: De regionale ressursmiljøer er etablert med 4 ½ stillinger ved Universitetet i Oslo (har også funksjon som nasjonalt kompetansesenter), 1 ½ stilling ved Universitetet i Bergen, 1 ½ stilling ved Universitetet i Trondheim, 2 stillinger ved Åsgård sykehus.
- Økt og systematisk kunnskapsformidling: Utprøving av undervisningsprogram for grunnutdanningene. Konkrete utdanningsprogrammer på ulike videreutdanningsområder er under arbeid.
- Systematiske modellforsøk med behandlingstiltak og oppfølgingstiltak: 14 modellforsøk (2 kommuner og 12 fylker) er etablert.
- Informasjon og evaluering: Informasjon har i det vesentlig skjedd gjennom utstrakt foredragsvirksomhet og utsendelse av informasjon til samarbeidende etater og helsetjenesten, til utsatte grupper og til befolkningen generelt. Ressursmiljøet ved

Universitetet i Oslo utgir bladet "Nytt i suicidologi" som kom med tre numre i 1997. På evalueringsområdet er en rapport om kartlegging av førsituasjonen utarbeidet.

3. Satsingsområder og resultatmål

Økt systematisk forskning

- Opprette professorat i suicidologi ved Universitetet i Oslo
- Forsknings- og forebyggingskonferanse november 1999

Etablering av regionale ressursmiljøer

- Videreføring av ressursmiljøene på universitetene

Økt og systematisk kunnskapsformidling

- Få høyskoler o.a. til å ta i bruke utdanningsprogrammene som er utarbeidet

Systematiske modellforsøk

- Erfaringsoverføring lokalt fra modellforsøkene

Informasjon og evaluering

- Evaluering og sluttrapportering på lokale prosjekter og fra ressursmiljøene innen 1. september 1999.
- Ekstern evaluering av handlingsplanen innen 1. mars 2000.
- Handlingsplanens sluttrapport innen 31. desember 1999.

Det er avsatt en årlig ramme på 7,7 mill. kroner til handlingsplanen. Departementet tar sikte på å videreføre de etablerte ressursmiljøene som er opprettet ved universitetene ut over handlingsplanens prosjektperiode.

Post 70 Handlingsplan mot HIV/AIDS epidemien og smittevern m.v., kan overføres

1. Formål og hovedprioriteringer

For nærmere spesifisering av mål og prioriteringer vises til tilsvarende avsnitt under Programkategori 10.10.

Statens helsetilsyn og Statens institutt for folkehelse vil som før, være sentrale myndigheters hovedaktører når det gjelder å sette det forebyggende HIV/AIDS-arbeidet ut i livet.

Posten foreslås økt med 5 mill kroner. Økningen foreslås i sin helhet øremerket til den nye handlingsplanen for forebygging av antibiotikaresistens.

2. Resultatrapport 1997/1998

Statens helsetilsyn har i 1997/98 støttet AIDS-informasjonstelefonen. Videre er det gitt økonomisk støtte og faglig veiledning til frivillige organisasjoner som driver HIV-forebygging. Det er etablert et godt samarbeid med ulike afrikanske organisasjoner og Oslo Røde Kors Internasjonale Senter om forebyggende tiltak. Virksomheten til Pluss (HIV-positives interesseorganisasjon) og Helseutvalget for homofile er evaluert, og begge blir vurdert til å drive et godt arbeid. AIDS-informasjonsbussen ("sprøytebussen") som drives sammen med Oslo kommune, er også evaluert.

Statens institutt for folkehelse har i 1997/98 fortsatt arbeidet med å beregne mørketallet for HIV-positive i Norge samt sammenligning av HIV-forebygging i Norge, Sverige og Danmark. Det er gitt ut rapporter som tar for seg hhv menn som har sex med menn og injiserende stoffmisbrukere. Det er foretatt en studie av og gitt ut rapport om psykososiale forhold hos HIV-positive.

Sosial- og helsedepartementet har bidratt til at den 5. årlige internasjonale konferansen om immigranter, etniske minoriteter og HIV/AIDS ble holdt i Norge i oktober 1997. Videre ble det gitt midler til paraplyorganisasjonen Landsforeningen mot AIDS slik at driften ble sikret i 1998. Prosjektet Smittevernkontoret Gamle Oslo som har vært finansiert i perioden 1994-1997, er evaluert. Erfaringene har vært positive, og smittevernkontoret er nå etablert som en integrert del av helsetjenesten i Bydel Gamle Oslo. Det er utarbeidet en kortversjon av Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996-2000 som er oversatt til engelsk, fransk og spansk. Formålet er å nå ut til så mange fremmedspråklige i Norge som mulig.

3. Tilstandsvurdering

Per 31. desember 1997 var det siden 1984 kumulativt meldt 1 771 HIV-positive personer til Meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS) - 1 321 menn og 450 kvinner. Tilveksten i 1997 var 111 mot 116 i 1996. Antall diagnostiserte homoseksuelle menn gikk ned i forhold til gjennomsnittet de siste fem år. For heteroseksuelle er antall HIV-positive i 1997 det høyeste som er påvist noe år. Det er for tidlig å si om dette gjenspeiler endringer i faktisk insidens i disse gruppene. Blant sprøytemisbrukere synes HIV-epidemien fortsatt å være under god kontroll med få nysmittede, selv om det pågående hepatitt - B- utbruddet i gruppen bekrefter at det fortsatt skjer mye sprøytedeling i miljøet. Den tredje største gruppen er personer fra "høyendemisk fødeland". Det er de senere år avdekket flere smittekjeder og enkelttilfeller av HIV-infeksjon der videre smittespredning kan være relatert til manglende smitteoppsporing og/eller oppfølging av HIV-positive.

Mer effektive behandlingsformer mot HIV-infeksjon ble tilgjengelige fra 1996 og fører nå til sterkt fall i både AIDS-insidens og antall dødsfall forårsaket av AIDS. Per 31. desember 1997 hadde 606 (513 menn og 93 kvinner) utviklet AIDS, 484 var døde. Det ble diagnostisert 33 nye AIDS-tilfeller mot 56 i 1996 og 67 i 1995, dvs. vel 50 pst. reduksjon i AIDS-insidensen siden 1995. Den nye behandlingen av HIV-infeksjon er derfor nok et argument for HIV- testing blant risikoutsatte og for bedre smitteoppsporing.

Situasjonen for andre smittsomme sykdommer i Norge skiller seg lite fra forholdene i sammenlignbare land. En viktig utfordring er hepatitt, en virusinfeksjon som smitter som HIV, og som særlig er utbredt blant stoffmisbrukere.

4. Satsingsområder og mål for 1999

Hovedmål 1: Å redusere antall HIV-nysmittede i perioden 1996-2000 i forhold til perioden 1990-1995

Helsemyndighetene ønsker i sterkere grad å markedsføre HIV-testing i de gruppene som er under størst risiko for å bli smittet. Det tas sikte på å forsterke veiledningen av leger om smitteoppsporing etter diagnostisert HIV-infeksjon samt å styrke informasjonen overfor leger for å gjøre dem bedre i stand til å gjenkjenne symptomer på HIV-infeksjon.

Forebyggende tiltak overfor menn som har sex med menn skal prioriteres også i 1999 og i tråd med resultatene fra evalueringen av Helseutvalget for homofile og Pluss.

Tiltak som sikrer injiserende stoffmisbrukere god tilgjengelighet på sprøyter og kondomer skjer i Oslo gjennom AIDS-informasjonsbussen. Tiltaket er evaluert og vil bli justert ut fra evalueringsresultatene. AIDS-informasjonstelefonen er et lavterskeltilbud som når mange over hele landet. Også dette tiltaket er evaluert og nå blitt mer målrettet.

Helsemyndighetene har de senere årene i sterkere grad fokusert offentlig på heteroseksuell smitte i Norge påvirket av den heteroseksuelle HIV-epidemien i land med høyere HIV-forekomst enn i Norge og deler av Europa. Dette gjelder både personer fra land med høy forekomst av HIV, og personer som bor eller reiser til slike områder. Samarbeid om tiltak har blitt etablert med ulike organisasjoner for etniske minoriteter i Norge og med hjelpeorganisasjoner og arbeidsgivere som sender personer på oppdrag utenlands. Dette arbeidet vil fortsette i 1999.

Arbeidet med å ansvarliggjøre landets kommuner til å arbeide med HIV-forebygging og smittevern skal fortsette. Det vil bli igangsatt en uavhengig evaluering av Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996-2000 med sikte på å være godt forberedt når planperioden utløper.

Hovedmål 2: Å bedre livskvaliteten og forlenge levetiden til personer med HIV og AIDS i perioden 1996-2000 i forhold til perioden 1990-1995

Med økende medikamentelle behandlingsmuligheter og økende overlevelsestid vil det oppstå nye utfordringer mhp hjemmebehandling, arbeidsførhet og attføring av HIV-smittede personer. Dette gjør at det stadig må arbeides med tiltak for å sikre kvaliteten på og tilgjengeligheten til behandling og oppfølging. HIV-positives livssituasjon og levetid med HIV vil fortsatt være et viktig område.

Smittevern

I forbindelse med fredstidskriser, krigshandlinger, masseturisme og økt migrasjon, vil forekomsten av smittsomme sykdommer i Norge raskt kunne endres. Det vises i denne forbindelse til arbeidet med en ny pandemiplan. Det vises ellers til omtalen under kap. 710 Folkehelse hvor smittevernet er mer utfyllende omtalt.

Regjeringen har vedtatt at det skal utvikles en samordnet handlingsplan mot antibiotikaresistens. Hovedmålene for arbeidet med å bekjempe antibiotikaresistens vil være;

- mindre og riktigere bruk av antibiotika fordi all bruk øker risikoen for resistensutvikling,
- prioritering av forebyggende tiltak for å begrense opptreden av infeksjoner,
- hindre spredning av antibiotikaresistens via forflytting av biologisk materiale.

Statens institutt for folkehelse leder prosjektarbeidet, og en handlingsplan skal forelegges på nyåret 1999.

Post 71 Tilskudd til opplysningstiltak, forebygging av uønskede svangerskap m.v.

Posten benyttes til gjennomføring av lov om svangerskapsavbrudd, oppfølging av handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort, hjelpetelefonene, og til oppfølging av Stortingets behandling av St.meld. nr. 16 (1995-96) Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd m.v. Midler til dette formålet var tidligere plassert på kap. 717.70. Posten er styrket med 1 mill. kroner og det er samlet oppført omlag 10 mill. kroner til oppfølging av ny handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort.

1. Formål og hovedprioriteringer

Et overordnet mål for arbeidet er forebygging av uønskede svangerskap og en fortsatt nedgang i abortraten.

2. Resultatrapport 1997/98

Handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort

Det er gjennomført en større spørreundersøkelse for å kartlegge eventuelle endringer i ungdoms kunnskaper og holdninger til samliv og seksualitet. Det er videre gjennomført en kartlegging av sosiale og demografiske forskjeller mht. til abort blant de yngste aldersgruppene i Oslo. Det er også foretatt mindre kvalitative undersøkelser om gutter, seksualitet og prevensjon, og prevensjonsbruk og svikt i prevensjonsbruk blant unge kvinner.

Det er gjennomført skolering av helsearbeidere som arbeider med forebygging av uønsket svangerskap, bl.a. har Klinikk for seksuell opplysning i Oslo hatt hospitering av helsearbeidere fra fylker med høye aborttall.

Medisinernes seksualopplysning (MSO) i Oslo, Trondheim, Bergen og Tromsø brukes i stadig økende grad til undervisning i skolen og til utdanning av fagpersonell. De har utviklet spesialkompetanse på hver sine områder, f.eks. undervisning av grupper med fremmedkulturell bakgrunn (Oslo) og undervisningsopplegg for psykisk utviklingshemmede (Bergen).

Antall helsestasjoner for ungdom er økt til ca. 130 i 1997, og inngår som et ledd i det kommunale helsetjenestetilbudet mange steder i landet. Stadig flere ungdomshelsestasjoner har kompetanse på veiledning og undervisning om samliv og seksualitet, og tilbyr besøk og undervisning av elever i 8-10 klasse.

SUSStelefonen for ungdom om samliv og seksualitet - har fortsatt stor tilstrømning. Ca. 50 000 ungdommer fra hele landet har i 1997 fått råd og veiledning om samliv og seksualitet. Evaluering av denne tjenesten ble gjennomført våren 1998. Rådgivningstelefonen for voksne er fast etablert fra høsten 1997.

Det er gjennomført informasjonstiltak rettet mot målgrupper i ungdomsbefolkningen og unge voksne med utgangspunkt i målgruppens kjønn og kunnskapsbehov. Videre har veilednings- og informasjonsvirksomheten vært rettet mot fagpersoner med ansvar for undervisning og veiledning om samliv og seksualitet. Som eksempler kan nevnes: Landsomfattende kampanje for å bevisstgjøre unge kvinner på sine reproduktive rettigheter og valget mellom graviditet og sikker bruk av prevensjon. Nyhetsblad fra handlingsplanen (NUSS) som distribueres til alle helsestasjoner, ungdomshelsestasjoner og fagmiljøer som arbeider med ungdom, samliv og seksualitet, og forebygging av uønskede svangerskap. Etablering av et nordisk nettverk i abortepidemiologi, og et nordisk nettverk på området ungdom, samliv og seksualitet.

Oppfølging av St.meld. nr. 16 (1995-96) om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd

Senter for samfunnsforskning ved Universitetet i Bergen (SEFOS) har etter oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet foretatt en evaluering av det offentlige og private informasjons- og rådgivningstilbudet til abortsøkende kvinner, jf. Stortingets vedtak i Innst.S. nr. 231 (1995-96). Evalueringen av sykehusenes informasjon og tilbud om

veiledning ved abortinngrep viser at det gis informasjonen ved alle sykehus, men det er store forskjeller mellom sykehusene når det gjelder rutiner for og organisering av informasjonsvirksomheten. Disse forskjellene gir ulike rammer for tilbud om informasjon og veiledning til kvinnene. Et fellestrekk ved virksomheten i sykehusene er at det mangler kollektiv faglig oppmerksomhet rundt abortproblematikken. Videre er det en sparsom faglig offentlig debatt om abort- og rådgivningsspørsmål. Evalueringen av det frivillige tilbudet beskrives under post 72 Stiftelsen Alternativ til abort i Norge (AAN). Oppfølging av stortingsvedtaket om standardisert informasjonsskriv til abortssøkende kvinner forventes ferdigstilt høsten 1998, utarbeidelse av læremateriell er på gang, og utvidelse av hjelpetelefon til voksne er opprettet.

3. Tilstandsvurdering

Utviklingen i aborttallene

I 1997 ble det utført 13 979 svangerskapsavbrudd i Norge (foreløpige tall fra SSB). Dette er en nedgang på vel 300 i forhold til 1996, og det nest laveste tallet som er registrert siden 1983. Siden loven om selvbestemt abort ble innført i 1979, har antall svangerskapsavbrudd variert fra 13 531 i 1982 til 16 208 i 1989. Bortsett fra 1995 må vi tilbake til 1983 for å finne lavere aborttall enn i 1997.

Aborthyppigheten, antall svangerskapsavbrudd pr. 1 000 kvinner, varierer sterkt med alder. Kvinner i alderen 20-24 år har hvert år siden 1982 hatt høyest aborthyppighet, og aborthyppigheten økte sammenhengende fra 1981 til 1989. Etter 1989 har trenden snudd, og nivået er nå som i 1984. Tallet for 1997 er 24,2 svangerskapsavbrudd pr. 1 000 kvinner i denne aldersgruppen. Aborthyppigheten for kvinner i alderen 15-19 år var 18,7 pr. 1 000 kvinner i 1997. Det har vært en sammenhengende nedgang i aborthyppigheten for denne aldersgruppen de siste ti årene, men 1997-tallet representerer en mindre økning i forhold til 1996.

Aborthyppigheten for kvinner i alderen 15-49 år varierer sterkt fra fylke til fylke, på landsbasis er den 13,1 svangerskapsavbrudd pr. 1 000 kvinner. Oslo har ligget høyest i alle år siden statistikken om svangerskapsavbrudd startet i 1979. Avstanden til de øvrige fylkene er imidlertid blitt mindre de siste årene, og i 1997 var antallet svangerskapsavbrudd 19,8 pr. 1.000 kvinner i alderen 15-49 år. Dette er det laveste tallet som er registrert for Oslo. Sogn og Fjordane og Agderfylkene hadde den laveste aborthyppigheten i 1997.

Kunnskap og handlingsberedskap i ungdomsbefolkningen

Undersøkelser i ungdomsbefolkningen viser at ungdom har gode kunnskaper om smitte, og om hvordan de skal unngå smitte av HIV og andre seksuelt overførbare sykdommer. Det er en økende bevissthet om klamydia. Det er fortsatt slik at de sikreste prevensjonsmetodene ikke er tilstrekkelig kjent. Dette er bl.a. bakgrunnen for de informasjonstiltakene som er satt i verk i 1997, og for at det er utviklet en veileder i prevensjonsveiledning og abortrådgivning i samarbeid med Den norske legeforening. Veilederen ble distribuert til helsetjenesten i hele landet i 1997.

Risikogrupper og risikosituasjoner for uønsket graviditet

Undersøkelsene som har vært gjennomført i 1996 og 1997 viser at det er viktig å skjelne mellom grupper i langvarige sårbare livssituasjoner, og grupper med særlig risiko for uønsket graviditet i avgrensede perioder. Risiko for uønsket graviditet oppstår ved skifte av partner eller når et langvarig forhold opphører, og i denne situasjonen er det viktig med god informasjon om prevensjonsalternativer og lett tilgang til prevensjon. Unge kvinner som er i en mer generell sårbar livssituasjon trenger spesielle opplegg.

Utvikling av lokale undervisnings- og veiledningstilbud

Stimuleringsvirksomheten som er satt i gang i forhold til å øke kompetansen til ulike deler av primærhelsetjenesten begynner å gi resultater på landsbasis. Et stadig større antall kommuner har etablert undervisning av 8.-10. klasse på helsestasjonen som et fast tilbud til skolene, og et tilbud om undervisning til elever i videregående i regi av ungdomshelsetjenesten. Resultatet er at et økende antall ungdommer oppsøker helsestasjonene for individuell veiledning.

Satsingsområder og mål 1999*Oppfølgingen av St.meld. nr. 16 (1995-96) Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd m.m*

Arbeidet med å styrke undervisning i emnene samliv, seksualitet og prevensjon på ungdomstrinnet 8.-10. klasse og i den videregående opplæringen fortsetter i samarbeid med Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.

Forsøk med samlivs- og prevensjonsveiledning i kommuner 1997-2000 er satt i gang i utvalgte bydeler i Trondheim kommune. Det overordnede målet med forsøket er å redusere antall uønskede svangerskap og aborter og bidra til økt ansvarsbevissthet. Dette skal bl.a. oppnås ved økt satsing på samliv- og prevensjonsopplysning, og utdeling av gratis prevensjonsmidler fra helsestasjon. Jordmødre og helsesøstre er fra 1. juli 1998 gitt begrenset adgang til å forskrive/utlevere p-piller som ledd i forsøksvirksomheten.

Forskning om forebygging av uønskete svangerskap og abort m.v. er etablert som et eget område under forskningsprogrammet *Forebyggende helsearbeid* i regi av Norges forskningsråd.

Ny handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort

Regjeringen har vedtatt å utarbeide en ny handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort. Posten er styrket med 1 mill. kroner og det er samlet oppført omlag 10 mill. kroner til oppfølging av den nye handlingsplanen. Det tas sikte på at i den nye handlingsplanen skal,

- prioriterte pågående tiltak videreføres. Det har vært nedlagt mye verdifullt arbeid i lokale tiltak og landsomfattende prosjekter som bør fortsette. Helsetilsynet har i tildelingsbrevet av februar 1998 blitt bedt om å evaluere hele planperioden, og de største enkelttiltakene er nå under evaluering. Evalueringsresultatene vil danne grunnlaget for å vurdere nye tiltak som bør videreføres i en ny planperiode.
- nye informasjonstiltak og nytt informasjonsmaterieell utvikles som oppfølging av evalueringen fra SEFOS. Videre bør det utvikles informasjonsrutiner mellom kommunehelsetjenesten og sykehus, og mellom helsepersonell og andre samarbeidende personellgrupper m.v. Informasjon i tilknytning til ultralyd- og andre fosterundersøkelser vil også bli vurdert.
- materiell til undervisningsformål rettet mot etterutdanning av lærere og til bruk i undervisningen i ungdomsskolen og på videregående grunnkurs utarbeides. Det er avgjørende for gjennomføringen av denne undervisningen at temaet inkluderes i lærernes etterutdanningsplaner.
- øvrige etterutdanningsopplegg rettes mot jordmødre og helsesøstre. Det bør legges særlig vekt på skolering i kommunikasjon med ungdom, jf. forsøket i Trondheim med samlivs- og prevensjonsveiledning som også inkluderer et etterutdanningsopplegg.
- lokale tiltak som helsestasjon for ungdom og utnyttelse av den obligatoriske jordmortjenesten i kommunene stimuleres, og sees i sammenheng med det arbeidet som er satt i gang i regi av Helsetilsynet for å videreutvikle helsestasjonsvirksomheten. Jfr. kap. 719.21.
- forskningsinnsatsen styrkes. I forskningsprogrammet om forebyggende helsearbeid i regi av Norges forskningsråd (NFR) er en andel av midlene øremerket til forskning om forebygging av abort og uønskede svangerskap. Kunnskapsbehovet er stort på dette feltet.

Det overordnede mål er redusert abortrate i Norge.

Tilskuddsordning til abortforebyggende tiltak

Det foreslås avsatt 2 mill. kroner til tilskudd til organisasjoner o.a. som gjennomfører ulike typer abortforebyggende tiltak. Tilskuddet skal ikke gå til ordinær drift.

Hjelpetelefonene

SUSS-telefonen for ungdom er evaluert i 1998. Tilbudet når ut til en stor ungdomsbefolkning over hele landet og gir opplysning om bl.a. samliv, seksualitet og prevensjon. Resultater av evalueringen viser at tilbudet har høy faglig kvalitet, og at en mer permanent organisasjonsform kan med fordel vurderes. Rågivningstelefonen Seksuell helse er en hjelpetelefon rettet mot voksne. Den ble fast etablert høsten 1997, og betjenes av leger. Telefonene er gratis og anonyme. Begge hjelpetelefonene drives av stiftelsen Senter for ungdom, samliv og seksualitet.

Post 72 Stiftelsen AAN - Alternativ til abort i Norge

Midler til dette formålet var tidligere plassert på kap. 717.71.

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 1997 et regnskap på tilsammen 13 816 824 kroner. Offentlig støtte utgjør 90 pst. av inntektene og private gaver og andre inntekter 10 pst.. 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 foretok i 1997 en kartlegging av organisasjonen med tanke på framtidig satsing på utvikling og kompetanse. I 1997 fullførte 4 rådgivere videreutdanning i pedagogisk veiledning, og det samme er målet i 1998. Som ledd i kompetansehevingen skal det i 1998 etableres et fagetisk utvalg i AAN. I desember 1997 åpnet AAN sitt Hedmarkskontor. Det er videre satset på etablering av eksterne rådgivere i Møre og Romsdal. I 1999 vil det skje en satsing i Nord-Trøndelag. Sosial- og helsedepartementet vil vurdere en ytterligere tildeling av midler i 1999 til denne satsingen.

Senter for samfunnsforskning ved Universitetet i Bergen har evaluert informasjons- og rådgivningsvirksomheten til AAN, som en del av et oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet om å evaluere offentlig og privat rådgivningsvirksomhet i sammenheng med svangerskapsavbrudd, jf. Stortingets vedtak i Innst.S.nr. 231 (1995-96) til St.meld. nr. 16 (1995-96) om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd. Undersøkelsen av AAN bygger på intervjuer med ansatte og ledelsen i organisasjonen, og på en analyse av publisjoner og annet skriftlig materiale. Det konkluderes med at AAN fremstår som en modernisert organisasjon, reflektert i sin virksomhet. Rapporten peker på den spenningen som ligger i organisasjonens doble målsetting: Den har et overordnet mål om å verne det ufødte liv og redusere antall aborter, samtidig som målet for den enkelte rådgivningssamtale er å gi bredest mulig beslutningsgrunnlag for det valg som kvinnen/paret må ta.

*Programkategori 10.20 Rehabilitering***Programkategori 10.20 Kapitler**

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
0720	Rehabilitering	16 605	127 000		-100,0
	Sum kategori 10.20	16 605	127 000		-100,0

Programkategorien fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post- gruppe	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
60-69	Overføringer til kommuner	16 605	127 000		-100,0
	Sum kategori 10.20				
	Rehabilitering	16 605	127 000		-100,0

Kategori 10.20 foreslås slått sammen med kategori 10.10. Det vises til omtale av rehabiliteringsfeltet under 10.10.

KAP. 720 REHABILITERING

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
62	Rehabilitering	4 893	127 000	
63	Rehabilitering , forsøk	11 712		
	Sum kap. 0720	16 605	127 000	

Kap. 720 post 62 er overført til kap. 718 post 60.

Det er overført fra 1997 til 1998:

Post 62: 7 193 000 kroner (fra tidligere kap. 760 post 65)

Programkategori 10.30 Somatiske spesialisttjenester

Programkategori 10.30 omfatter tiltak innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste, uavhengig av hvilket forvaltningsnivå tjenesten er forankret i. Unntaket er refusjoner til offentlige psykiatriske poliklinikker, under kap. 730 post 61 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus m.v.

Under denne programkategorien er nå samlet:

- den fylkeskommunale somatiske spesialisthelsetjeneste,
 - somatiske helseinstitusjoner som enten eies av staten eller der staten etter gjeldende regler dekker samtlige driftsutgifter,
 - prioriterte områder der behandlingsskapiteten skal økes.
- I programkategori 10.30 inngår følgende utgiftskapitler:

Programkategori 10.30 Kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
0730	Fylkeskommunenes helsetjeneste		13 118 090	14 129 300	7,7
0731	Rikshospitalet	2 832 759	1 878 075	1 149 000	-38,8
0733	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger			4 500	-0,0
0734	Det norske Radiumhospital	693 910	681 200	278 800	-59,0
0735	Statens senter for epilepsi (jfr. kap. 3735)	114 216	112 810	121 460	7,6
0737	Barnesykehus (jfr. kap. 3737)	47 064	50 220	43 400	-13,5
0738	Helsetjenesten på Svalbard (jfr. kap. 3738)	11 231	10 780	11 200	3,8
0739	Andre utgifter (jfr. kap. 3739)	362 606	403 650	609 280	50,9
	Sum kategori 10.30	4 061 786	16 254 825	16 346 940	0,5

Bevilgningsforslaget under kap. 730 Fylkeskommunenes helsetjeneste øker med 1 011 mill. kroner. Bevilgningsforslagene under kap. 731 Rikshospitalet og kap. 734 Det norske Radiumhospital reduseres således teknisk med tilsammen 1 131 mill. kroner som følge av overgang til nettobudsjettering av disse sykehusene.

Programkategorien fordelt på postgrupper

					(i 1 000 kr)
Post- gruppe	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
01-23	Driftsutgifter	2 842 837	2 692 635	256 250	-90,5
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	889 766	97 550	3 160	-96,8
50-59	Overføringer til andre statsregnskaper			1 427 800	-0,0
60-69	Overføringer til kommuner	127 717	13 353 790	14 558 600	9,0
70-89	Overføringer til private	194 630	99 250	101 130	1,9
90-99	Utlån, avdrag m.v.	6 836	11 600		-100,0
	Sum kategori 10.30 Somatiske spesialisttjenester	4 061 786	16 254 825	16 346 940	0,6

De statlige sykehusene finansieres i sin helhet over kapitlene 731-738 (eksklusiv psykisk helsevern). Det vises til omtale under det enkelte kapittel. Den fylkeskommunale helsetjenesten finansieres av fylkeskommunenes frie inntekter, bestående av skatteinntekter og rammetilskudd fra staten, og av statlige øremerkede tilskudd og refusjoner for behandling av pasienter.

1. Overordnet formål med programkategorien

Regjeringen legger til grunn de overordnede og langsiktige mål som Stortinget har sluttet seg til. Den særlige satsningen i budsjettet er rettet inn mot to områder; kreftomsorgen og utstyrssituasjonen i sykehusene. I tillegg fremmes forslag om satsning gjennom innsatsstyrt finansiering.

De overordnede målsetningene for den somatiske spesialisthelsetjenesten er:

- skape trygghet for at hjelp og behandling er tilgjengelig når sykdom rammer og funksjonsevnen svikter
- tilby en tilstrekkelig behandlingsskapasitet innenfor denne delen av helsetjenesten
- sikre god faglig kvalitet på de somatiske spesialisthelsetjenestene
- forbedre omstillingsevne og fleksibilitet for å møte de nye utfordringer helsevesenet står overfor i sykdoms- og omsorgspanoramaet
- bidra til kompetanseheving ved å sikre gjennomføring av turnustjenesten og samarbeid for å øke kapasiteten for spesialistutdanninge av leger og annet helsepersonell
- bedre effektiviteten og organiseringen av tjenesteproduksjonen i og mellom de ulike forvaltningsnivåer på en slik måte at en både sikrer kvaliteten gjennom hele behandlingsskjeden og i størst mulig grad gir mulighet for behandling i nærmiljøet
- videreføre reformene med et desentralisert og lokalt forankret helsevesen, og styrking av det regionale planarbeid.

Sosial- og helsedepartementet vil styrke de statlige styringsmidlene for å sikre at overordnede mål for helsetjenesten nås. Gjennom innsatsstyrt finansiering, fritt sykehusvalg og styrking av planarbeidet i helseregionene, er rammevilkårene for sykehusene i endring. Regjeringen har derfor satt ned et sykehusutvalg som skal vurdere og anbefale ulike tilknytningsformer og fristilling av sykehus.

2. Tilstandsbeskrivelse

2.1 Aktivitet: Utvikling i behandlingsaktivitet i somatiske sykehus

Antall sykehusopphold i norske sykehus var i 1997 665 470, en økning i underkant av 2 pst. i forhold til 1996. Antall polikliniske konsultasjoner var 3 172 000, en økning på 0,34 pst.

Tabell 1: Utvikling i antall sykehusopphold og antall polikliniske konsultasjoner i somatiske sykehus

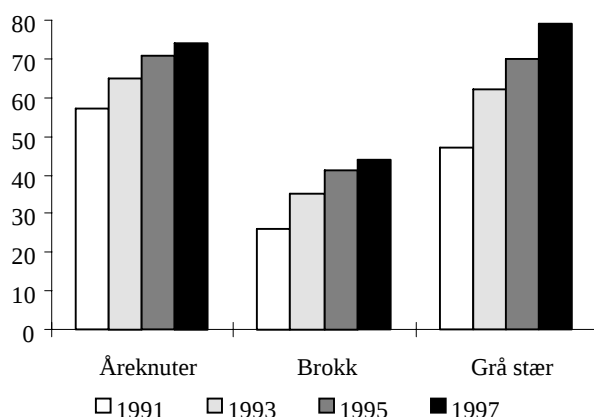
	1980	1990	1994	1995	1996	1997
Antall sykehusopphold	582 735	612 724	623 773	642 673	653 311	665 740
Antall pol. konsultasjoner (i 1000)	-	2 540	2 915	3 033	3 138	3 172

Kilde: SAMDATA/SINTEF-NIS og Statistisk sentralbyrå

I 1997 er det en sterkere vekst i antall dagopphold enn i antall heldøgnsopphold. Dette kan forklares med den medisinske utvikling som tilsier økt bruk av dagbehandling, samt at man ved innføring av ISF oppfordret sykehusene til systematisk å registrere dagpasienter.

En stadig større andel av kirurgiske inngrep utføres dagkirurgisk, jfr. figur 1. De dagkirurgiske takstene ble også betydelig økt i 1997.

Figur 1: Andel inngrep utført dagkirurgisk



Kilde: SAMDATA/SINTEF-NIS

2.2 Tilgjengelighet: utvikling i ventelistesituasjonen i somatiske sykehus

Den nye ordningen fra 1. juli 1997 med 3-måneders behandlingsgaranti skal sikre garantipasienter behandling raskere enn tidligere. De nye retningslinjene i behandlingsgarantien bygger på Lønning II utvalgets innstilling (NOU 1997:18) for tildeling av behandlingsgaranti. Ifølge disse kriteriene skal man ikke bare legge vekt på sykdommens alvorlighet, men også om det foreligger god dokumentasjon for at behandlingen vil kunne gi resultater og om de forventede resultater står i et akseptabelt forhold til kostnadene.

Innføringen av den nye garantiordningen ble også fulgt av en øket innsats for å rydde opp i sykehusenes ventelister. Det er registrert et fall i antall garantibrudd fra årsskiftet til første tertial 1998. Opprydningen av ventelistene gjør at de nye tallene gir et bedre bilde av tilgangen til sykehustjenester.

Ventelistetallene rapporteres tre ganger i året. Den nye 3-månedersgarantien har vært i funksjon fra 1. juli 1997, dvs. at rapporteringen for siste tertial 1997, og første tertial 1998 gir en indikasjon på hvordan 3-måneders garantien har fungert. Tallene viser en positiv tendens, men det for tidlig å si om denne trenden vil holde seg.

Tabell 2: Forholdet mellom antall behandlede ventelistepasienter i 1997 og antall pasienter på venteliste 30. april 1998 i den somatiske helsetjenesten. Delt etter poliklinikk og innleggelse

	Behandlet i 1997	På venteliste pr. 30.4.98
Innleggelse.....	220 000	37 000
Poliklinikk.....	2 850 000	226 000

Kilde: Norsk pasientregister/SSB.

Tabellen viser at både når det gjelder poliklinisk behandling og innleggelser, utgjør ikke de samlede ventelister store andeler i forhold til det antallet pasienter som behandles hvert år.

Ser en på antallet registrerte garantibrudd, er disse relativt beskjedne i forhold til den totale behandlingsskapasiteten. Pr. 30. april 1998 var det imidlertid registrert 10 000 pasienter hvor garantien om ventetid overskrides. Det er ingen indikasjoner på at de av fylkeskommunene som klarer å håndtere ventetidsgarantien på en tilfredsstillende måte, skiller seg fra de øvrige fylkeskommuner når det gjelder pasienttilgang eller ressursbruk. Derfor vil departementet opprettholde målsetningen om å overholde ventetidsgarantien for alle pasienter ved aktivitetsøkning og bedre administrasjon av ventelistene.

Den betydelige reduksjonen som har vært i antall registrerte brudd fra årsskiftet og frem til 30. april 1998, skyldes også at færre pasienter har fått garanti og at mange registrerte pasienter av ulike grunner ikke trengte behandling. Dersom denne tendensen holder seg, vil ventetidsgarantien være et godt virkemiddel til å prioritere de sykeste pasientene, men garantiordningen i seg selv fører ikke til vekst i kapasiteten.

Sykehusene klarte i første tertial 1998 å behandle nesten like mange som ble henvist med garanti. Ser en på utviklingen i antall henviste garantipasienter, ser en at den positive trenden i hovedsak skyldes at sykehusene gir en lavere andel av pasientene garanti. Det er imidlertid nødvendig å øke kapasiteten ytterligere for at ventetidsgarantien skal kunne overholdes.

Ventelistetallene fra første tertial 1998 viser at variasjonene i hvor mange pasienter som får garanti er redusert. Dette kan også indikere at sykehusene tar garantiordningen på alvor, og derfor bruker garantitildeling bevisst for å prioritere de sykeste pasientene. På landsbasis fikk ca. 25 pst. av ventelistepasientene behandlingsgaranti, det er en nedgang fra ca. 30 pst. ved årsskiftet.

Fra 1. juli 1997 ble det også innført en ny vurderingsgaranti som gir offentlige sykehus og spesialistpoliklinikker plikt til å vurdere alle henvisninger innen 30 virkedager. Pasienten og henvisende lege skal orienteres om utfallet av vurderingen.

2.3 Finansieringen av somatiske sykehus

Ressursinnsatsen i norske somatiske sykehus har i faste priser økt med 7,3 pst. fra 1996 til 1997 og utgjorde i 1997 henimot 25 mrd. kroner. 85 pst. av denne økningen skyldes økning i lønnsutgifter. Tabell 2 illustrerer situasjonen etter innføringen av innsatsstyrt finansiering: fylkeskommunens andel av finansieringen er redusert på grunn av reduksjon i rammeoverføringene fra Staten til fylkeskommunene. Tilsvarende økning kan sees i den statlige andelen. Økning i poliklinikkrefusjonene skyldes økt satsing i poliklinisk behandling, spesielt dagkirurgi.

Tabell 3: Finansiering av somatiske sykehus 1993-1997 (faste 1997-mill. kroner)

Finansieringskilde:	1993	1994	1995	1996	1997
Fylkeskommunen (frie inntekter) ...	15 530	15 328	14 711	15 503	14 931
Poliklinikkrefusjon fra staten.....	1 773	1 821	1 877	1 970	2 442
DRG-refusjon fra staten (ISF)	-	-	-	-	2 520
Øvrige statlige tilskudd.....	2 260	2 416	3 482	4 034	3 894
Annet	1 328	1 451	1 337	1 168	1 198
Sum	20 891	21 017	21 406	22 675	24 986

Kilde: Samdata sykehus SINTEF-NIS

2.4 Utvikling i aktivitet etter innføringen av innsatsstyrt finansiering 1.7.97

Hovedmålsettingen ved innføringen av ISF var å øke antall behandlede pasienter. Aktivitetsvekst måles ved hjelp av antall sykehusopphold korrigert for pasientsammensetningen. Dette betegnes som indeksopphold.

Antall indeksopphold økte 7,7 pst. i 2. halvår 1997 sammenlignet med 1995. Aktivitetsøkningen var større enn de fylkeskommunale planene tilsa (4,2 pst. på landsbasis).

Videre indikerer tallene en akselererende vekstrate i 1997 i antall sykehusopphold (heldøgns pasienter). Vekstrate var + 0,3 pst. i 1. tertial, + 2,0 pst. i andre tertial og + 2,6 pst. i siste tertial sammenlignet med samme periode i 1996. Tilsammen tyder dette på at finansieringsreform har hatt en gunstig effekt allerede første året.

3. Virkemidler og forventede resultater

Sosial- og helsedepartementets budsjettsatsing innen somatikken i 1999 er først og fremst gjennom kreft- og utstyrsplan og den videre satsing på innsatsstyrt finansiering. Det vil fortsatt bli stimulert til mer aktivitet i den somatiske spesialisthelsetjenesten, både for innleggelser og for polikliniske behandlinger.

3.1 Nasjonal kreftplan

I handlingsplanen for en bedre kreftomsorg er mammografiscreeningen planlagt utvidet til et landsdekkende tilbud til kvinner i alderen 50-69 år. Innen år 2003 skal tidlig diagnose ved masseundersøkelser og utbygging av tiltak for påvisning av arvelig kreft gi et bedre system for tidlig diagnose og redusert dødelighet av kreft. Innen år 2003 skal den nasjonale strålebehandlingskapasiteten bygges opp til det nivå som WHO anbefaler – 36 strålemaskiner i Norge. Det skal utvikles stråleterapi som satelittavdelinger ved noen

sentralsykehus. I budsjettet for 1999 foreslås det om lag 135 mill. kroner til tiltak mot kreft, spesielt for å styrke stråleterapietilbudet.

3.2 Fornyelse av medisinsk-teknisk utstyr i norske sykehus

I behandlingen av St.meld. nr. 24 (1996-97) ba Stortinget regjeringen om å legge fram en plan for utstyrsfornyelse og nyanskaffelse av medisinsk utstyr i sykehus i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 1998.

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 iverksettes i perioden 1998-2002 med en samlet bevilgningsramme på 2,9 mrd. kroner.

Bevilgningen utformes som en refusjonsordning der staten dekker 60 pst. av de fylkeskommunale utgifter til medisinsk teknisk utstyr i 5-års perioden. Medregnet fylkeskommunal medfinansiering legges det opp til ca. 5,3 mrd. kroner til investeringer i medisinsk teknisk utstyr i løpet av planperioden.

I budsjettet for 1999 foreslås bevilgningen økt med 130 mill. kroner til 295 mill. kroner til fornyelse og nyanskaffelse av medisinsk teknisk utstyr.

3.3 Innsatsstyrt finansiering

Refusjonsandelen i ISF er for 1999 videreført med 45 pst. som i 1998. Refusjonen er justert med 4,25 pst. for prisstigning. Det tas forbehold om at denne prisen kan endres.

For å fortsatt stimulere til økt behandling uten innleggelse inkluderes dagkirurgi i ISF fra 1. januar 1999. Tiltaket innebærer erstatning av dagkirurgiske takster med DRG-refusjon. I budsjettet 1999 er 288 mill. kroner omdisponert fra post 730,61 til post 730,60.

Målsetningen for 1999 er en aktivitetsvekst på ytterligere 0,75 pst. i forhold til 1998.

3.4 Formalisert regionalt samarbeid

Under behandlingen av St.meld. nr. 24 1996-97 (*Tilgjengelighet og faglighet, om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste*) vedtok Stortinget at de 5 helseregionene skal ha et større samordningsansvar for utbyggingen av helsetjenestene. Stortinget har siden formalisert dette gjennom endringer i sykehusloven (Ot.prp. nr. 48 1997-98) som bl.a. slår fast at er staten ved Sosial- og helsedepartementet gjør endelig vedtak av de regionale helseplanene.

Planene skal endelig vedtas av Sosial- og helsedepartementet, etter behandling i de regionale helseutvalg og de respektive fylkesting. Departementet vil kunne ta stilling til evt. uenigheter fylkene i mellom, og også be om at planene endres dersom planen ikke følger opp den nasjonale helsepolitikken i tilstrekkelig grad.

Målet er en mer effektiv sykehusstruktur og en bedret regional samordning for å oppnå en bedre kvalitet i spesialisthelsetjenesten og bedre utnyttelse av behandlingsskapiteten.

Utfordringen ligger i å finne gode arbeidsformer mellom sykehus og primærhelsetjenesten, mellom sykehus, mellom fylkeskommuner og mellom fylkeskommuner og staten. Det foreslås bevilget 11,9 mill. kroner til dette formålet for 1999 (jf. kap. 730 post 66). Samtidig som 35 mill. kroner foreslås overført til fylkeskommunenes rammer som kompensasjon for utgifter i samband med utarbeidelse av regionale planer og gjennomføring av regionalt samarbeid.

3.5 Drøfting av garantiordninger

Den nye 3-måneders garantien har ført til en strengere prioritering av hvilke ventelistepasienter som skal tildeles garanti, og utviklingen fra siste tertial 1997 til første tertial 1998 viser en positiv tendens i antall registrerte brudd på behandlingsgarantien.

Poenget med ventetidsgarantien er først og fremst å legge grunnlaget for en bedre prioritering mellom ventelistepasientene.

Det er imidlertid reist kritikk mot ventetidsgarantiordningen. Det er fortsatt uakseptabelt mange garantibrudd, garantitildeling varierer mye mellom fylkene, og ventetidsordningen fungerer best for pasienter som kan bli friske av en avgrenset og konkret behandling. Kronikere og psykiatriske pasienter har ofte behov for gjentatte sykehusopphold, og ventetidsgarantien alene kan dermed ikke sikre denne gruppen tilgang til nødvendig behandling.

For pasientene er ventetidsgarantien et bidrag til å øke forutsigbarheten ved behandlingen. Tallet på garantibrudd er også en indikator for å vise i hvilken grad sykehusene klarer å behandle de alvorligst syke ventelistepasientene innen rimelig tid. Sett i forhold til sykehusenes totale kapasitet er tallet på garantipasienter ikke særlig stort.

Variasjonene mellom fylkeskommunene når det gjelder andelen av pasienter som får garanti er betydelig redusert, og det er også antallet registrerte brudd. Reduksjonen i antall registrerte brudd skyldes i hovedsak en bedre føring av ventelistene ved sykehusene, samtidig med en økning i behandlingsskapasitet og reduksjon i andelen av garantipasienter. Det er startet et arbeid i regi av Den norske lægeforening for å skape enighet om kriterier for tildeling av ventetidsgaranti innen de ulike medisinske spesialister. Foreløpig ser det ut til at innføringen av den nye 3-mnd. garantien har ført til bedre og mer pålitelig registrering av ventelistepasienter, en mer enhetlig praksis når det gjelder garantitildeling og en nedgang i antall reduserte brudd. Sett i lys av at den nye ventetidsgarantien kun har vært gjeldende siden 1. juli 1997, er dette en positiv utvikling.

3.6 Retningslinjer for håndtering av aborterte fostre

I St.meld. nr. 16 (1995-96) Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd m.v. ble det lagt til grunn at Statens helsetilsyn skulle utarbeide retningslinjer som sikret respektfull og likeartet behandling av aborterte fostre. Komiteen hadde ikke merknader til spørsmålet i Innst. S. nr. 231 (1995-96). Departementet ga i 1996 Statens helsetilsyn i oppdrag å utarbeide retningslinjer.

Departementet fastsetter retningslinjer i løpet av høsten. Retningslinjene vil bygge på gjeldende lov om svangerskapsavbrudd, og vil være retningsgivende, men ikke bindende. De gjelder for sykehus og helsepersonell, og omfatter alle aborterte fostre, men ikke dødfødsler. WHO setter grensen mellom abort og dødfødsler til 22 fullgatte svangerskapsuker. Denne definisjonen legges til grunn for disse retningslinjer. De omfatter derfor håndtering av fostre til 22. fullgatte svangerskapsuke, bortsett fra i de tilfeller gravferd benyttes.

Sykehuset sørger for at aborterte fostre tas hånd om på en respektfull måte. Dette innebærer at fostret enten nedsettes på kirkegård/minnelund eller behandles etter retningslinjene for biologisk materiale. Kvinnen bestemmer hvilken håndtering som skal velges. Når svangerskapet har vart mindre enn 12 uker, vil fosteret bli nedsatt på kirkegård/minnelund, dersom kvinnen ønsker det. Hvis ikke vil det bli håndtert etter retningslinjer for biologisk materiale. Kvinnen informeres gjennom standardisert informasjon, men hun behøver ikke å spørres. Når svangerskapet har vart mer enn 12 uker, blir kvinnen forelagt de aktuelle alternativer og blir spurt om å ta stilling/velge håndteringsform.

4. Overgang til nettobudsjettering

Innføring av nettobudsjettering for de to statssykehusene Rikshospitalet og Radiumhospitalet ble omtalt i St.prp. nr. 1 (1997-98) og i RNB 1998. Departementet foreslår her nettobudsjettering av Rikshospitalet og Radiumhospitalet fra 1. januar 1999. I omleggingen inngår en gjennomgang av styringsmodellen og tilknytningsform, herunder gjennomgang av styreinstruksene for RH og DNR. Utredningsarbeidet vil skje i løpet av 1999. Et sentralt siktemål ved omleggingen er at den statlige eierstyringen skal baseres på mål- og rammestyring med vekt på klart resultatansvar. Det vises til St.prp. nr. 65 (1997-98).

Fastsettingen av tilskuddsbeløp til sykehusene i budsjettet for 1999 er utarbeidet med utgangspunkt i SIII for 1998 regulert for de ordinære justeringer for pris- og lønnsregulering, evt. andre godkjente endringer. Fastsettelse av utgifts- og inntektsnivå vil fortsatt skje i henhold til fastsatt aktivitetsnivå. Departementet foreslår innføring av nye regler for håndtering av overskudd/underskudd som innebærer at sykehusene beholder overskudd og dekker underskudd.

Fylkene har i stor grad gjennomført nettobudsjetteringsprinsippet. Departementet tar sikte på ordninger for de 2 statssykehusene som bygger på regelverket for forvaltningsorgan med særskilte fullmakter.

I budsjettframlegget for 1999 foreslås bevilget et netto tilskudd på kap. 731 Rikshospitalet post 50 og kap. 734 Radiumhospitalet post 50. Tilskuddsbeløpet for Rikshospitalet tilsvarende sum kap. 731 post 01 og 45 med fradrag av kap. 3731 postene 02, 03, 04 og 60. Tilskuddsbeløpet for Radiumhospitalet tilsvarende sum kap. 734 postene 01 og 45 med fradrag av kap. 3734 postene 02, 04 og 60. I forbindelse med gjennomføringen foreslås at 1999 er et overgangså. Departementet vil endre rapporteringskravene i tildelingsbrevene for 1999 som følge av dette.

KAP. 730 FYLKESKOMMUNENES HELSETJENESTE

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
60	Innsatsstyrt finansiering av sykehus		8 324 690	9 289 000
61	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus m.v.		2 875 000	2 720 000
62	Tilskudd til regionsykehus		1 402 700	1 500 800
63	Refusjon godkjente kapitalutgifter		284 000	281 000
64	Tilskudd til utstyr på sykehus, kan overføres		165 000	284 000
66	Helseregionale og andre samarbeidstiltak, kan overføres		48 700	12 000
67	Andre tilskudd		18 000	42 500
	Sum kap. 0730		13 118 090	14 129 300

Det er overført fra 1997 til 1998:

Post 64: 53 831 000 kroner

Post 66: 1 474 000 kroner

Post 60 Innsatsstyrt finansiering av sykehus

Innsatsstyrt finansiering (ISF) startet opp 1. juli 1997. Fra 1. januar 1999 omfatter ordningen både pasienter behandlet ved innleggelse og pasienter behandlet med dagkirurgi, og enkelte dagmedisinske prosedyrer. Behandlingen skal skje på oppdrag fra fylkeskommunene ved fylkeskommunale, statlige eller andre offentlig godkjente somatiske sykehus og fødestuer (andre offentlig godkjente sykehus vil i praksis si Volvat, Klinikk 8, Røde kors klinikk, Feiring klinikken og Hjertesenteret). Av de statlige sykehus er Rikshospitalet og Det Norske Radiumhospitalet inkludert.

Hovedmålsettingen med endringen i finansierungsordningen var å øke aktiviteten ved norske sykehus. Økt aktivitet skal bidra til at fylkene klarer å innfri den til enhver tid gjeldende ventetidsgaranti.

Krav om høyere aktivitet kan medføre press til å ansette flere leger og økt konkurranse om knappe personellressurser. Dette vil igjen fordre lojalitet til avtaler og legefördeling. Departementet vil derfor forbeholde seg retten å holde tilbake midler dersom åpenbare brudd på slike avtaler finner sted.

Resultatrapportering

Fylkeskommunene mottar akontoutbetaling basert på innmeldte planer for aktiviteten. I påfølgende år gjøres en endelig avregning mot faktisk aktivitet. Aktivitetsveksten 2. halvår 1997 var høyere enn planlagt. Videre indikerer tallene en akselererende vekstrate i 1997 med vekst både for antall heldøgn og dagpasienter. Veksten i antall dagpasienter var betydelig og økningen forklares ved medisinsk utvikling med økt bruk av dagbehandling og endret registreringspraksis for dagpasienter. Ved innføring av ISF oppfordret man sykehusene til systematisk å registrere dagbehandlinger, noe som var underregistrert tidligere.

For 1998 var målsettingen en aktivitetsvekst på 6,5 pst., sammenlignet med basisåret 1995. Tall fra 1. tertial 1998 indikerer at faktisk aktivitetsutvikling også for denne perioden ligger over planene. Antall planlagte innleggelser økte i samme periode, samtidig som antall garantibrudd (3 mnd. garanti) ble redusert fra vel 8 000 ved årsskifte til ca. 6 000 per 30. april 1998.

I forhold til hovedmålsettingen om å øke behandlingsaktiviteten ser ordningen allerede første året ut til å ha virket etter oppsatte intensjoner.

Endring i pasienttyngden, målt ved DRG-indeks, kan skyldes en reell endring i pasienttyngde og/eller endret kodepraksis (DRG-kryp).

Ved innføringen av ISF i 2. halvår 1997 besluttet man å innføre en fylkesvis grense for endring i DRG-indeks på 1 pst. sammenlignet med 1995. Dette basert på utviklingen i DRG-indeks i de senere årene. Endring i DRG-indeks utover denne grense gir mao. ikke grunnlag for utbetaling. Dette skyldes at departementet ikke vil betale ut midler for målt aktivitetsøkning som ikke har grunnlag i en reell økning av pasientbehandlingen.

Utviklingen i DRG-indeksen fra 1995 til 2. halvår 1997 viser at DRG-indeksen har økt med 1,7 pst.

Ekstern evaluering

I behandling av budsjett 1998 ba sosialkomiteen om en evaluering av ISF. Evalueringen ble påbegynt samtidig med at ordningen trådte i kraft juli 1997. En rekke eksterne forskningsmiljøer er involvert i dette arbeidet. I tillegg følges ordningen opp av departementet og Norsk Pasient Register (NPR) basert på innrapporterte aktivitetstall fra sykehusene.

De eksterne forskningsmiljøene Stiftelse for helsetjenesteforskning (Heltef), Sintef Unimed NIS, Sintef Unimed Oslo, Senter for helseadministrasjon (Universitetet i Oslo), Folkehelsa er tildelt evalueringsoppdrag. De ulike prosjektene videreføres i 1999 og hovedtyngden av evalueringen vil foreligge ultimo 1999. I det følgende gis en oversikt over foreløpige tilbakemeldinger innenfor de områder der resultater foreligger. Perioden for observasjon av funn er 2. halvår 1997, som i evalueringssammenheng er en meget kort tidsperiode.

De foreløpige resultatene fra Heltef indikerer ingen uønskede vridningseffekter som følge av innføringen av ISF, verken når det gjelder hensynet til utbygging/opprettelse av tilbudet eller i forhold til behandlingspraksis for enkelte pasientgrupper som kunne fryktes nedprioritert som følge av ISF (rehabilitering, geriatri). Foreløpige resultater viser heller ikke markerte endringer i liggetid og utskrivningspraksis for disse pasientgruppene.

Foreløpige resultater fra arbeidet som Senter for helseadministrasjon gjennomfører, viser at de fleste fylkeskommuner tilpasser seg ordningen i tråd med statlige ønsker og retningslinjer. 15 av 19 fylkeskommuner inngikk i 1997 aktivitetsbaserte kontrakter med sykehusene, 4 baseres på fortsatte rammebevilgninger. I 1998 var det 16 fylker som inngikk aktivitetsbaserte kontrakter, to benyttet rammekontrakter, mens en fylkeskommune har valgt en mellomløsning. De fleste fylkeskommunene viderefører refusjonssats ovenfor sykehusene tilsvarende den statlige refusjonssatsen (i 1998 45 pst. av DRG-pris), men i ca. 30 pst. av tilfellene av aktivitetsbaserte kontrakter eksisterer andre refusjonssatser for hele eller deler av det faktiske behandlingsvolumet. Videre settes det i økende grad fokus på produksjonstall/måltall for sykehusene med en økning fra 36,8 pst. i 1995 til 84,2 pst. i 1998 i bruk av eksempelvis DRG-poeng som måltall. 15 av 19 fylkeskommuner og 73 pst. av sykehusene har gjennomført tiltak for å informere om ISF. Ingen av fylkeskommunene har gjennomført endringer i arbeidsdelingen mellom sykehusene som følge av innføringen av ISF.

ISF kan medføre at flere pasienter unødvendig blir lagt inn, da det gis refusjon pr. innleggelse. Dette gjelder også for pasienter med skader. En foreløpig analyse fra Folkehelsa av registrert informasjon i skaderegisteret, der det også er justert for skadens alvorlighetsgrad, viser at det ikke har skjedd en økning av innleggelse av pasienter med skader etter oppstart av ordningen.

For øvrig arbeides det med en oppfølging av ISF innen; omfang av nødvendige innleggelser, endret produktivitet, endret kodingspraksis og behandlingspraksis, venteliste og kapasitet. Rapporter om disse forhold vil foreligge ultimo 1999. Departementet vil fortsette oppfølgingsarbeidet overfor fylkene m.h.t. ivaretagelse av intensjonene bak ISF.

Målsetning og budsjett for 1999

Hovedmålet med finansieringsordningen er å øke behandlingsaktiviteten ved landets somatiske sykehus. Departementet forbeholder seg imidlertid retten til å avkorte samlet refusjonsbeløp til en fylkeskommune dersom det er åpenbart at aktivitetsendringen kun skyldes registreringsmessige endringer.

Refusjonsandelen i ISF i 1999 videreføres med 45 pst. Enhetsprisen er i 1999 prisjustert med 4,25 pst.

Fra 1. januar 1999 skal også dagkirurgi og enkelte dagmedisinske prosedyrer inkluderes i ordningen. Dette for å få en mer enhetlig finansiering og for å stimulere til økt behandling uten innleggelse. Denne omlegging innebærer at det overføres 288 mill. kroner fra kap. 730 post 61 til utbetaling av DRG-refusjoner kap. 730 post 60.

Fra 1. januar 1999 åpnes det også for at det gis DRG-refusjon for fylkeskommunalt henviste pasienter som behandles i utlandet grunnet kapasitetsproblemer ved egne sykehus. Det vil bli orientert om ordningen i eget skriv til fylkeskommunene.

Med en planlagt aktivitetsvekst på 0,75 pst. i 1999 sammenlignet med 1998, inkludering av dagkirurgi og enkelte dagmedisinske prosedyrer i ordningen, gir dette et finansieringsbehov på kap. 730 post 60 på 9 289 mill. kroner. Dette beløpet inkluderer også

2 mill. kroner knyttet til evaluering av ISF. 1,5 mill. kroner for oppfølging av ventetidsgarantien er overført til 739, post 21.

Den planlagte aktivitetsveksten på 0,75 pst. fra 1998 til 1999 finansieres ved en satsing i statsbudsjettet for 1999 med 125 mill. kroner. I tillegg tas det budsjettmessig høyde for en etterbetaling på 175 mill. kroner for økt aktivitet i 1998, utover det planlagte nivå i budsjettet for 1998.

Av de 125 mill. kroner for vekst i 1999 legges 60 mill. kroner inn som styrking av de fylkeskommunale rammer og 65 mill. kroner tildeles fylkeskommunene etter aktivitet. Den statlige finansiering av veksten i 1999 utgjør ca. 85 pst. av beregnet gjennomsnittlig DRG-kostnad ("dekningsgrad").

Tabellen under viser hvordan rammestyrkingsandelen er fordelt pr. fylkeskommune. Rammestyrkingen utbetales på KRD's kap. 572, post 60. Rammestyrkingen fordeles etter KRD's kriterier i inntektssystemet.

Fordeling av rammestyrking pr. fylkeskommune, tall for 1999, 1000 kroner

Fylke	Rammestyrkning
Østfold	3 221
Akershus	5 562
Oslo.....	6 064
Hedmark	2 646
Oppland	2 555
Buskerud.....	3 032
Vestfold	2 721
Telemark.....	2 246
Aust-Agder	1 450
Vest-Agder.....	2 137
Rogaland.....	4 877
Hordaland	5 875
Sogn og Fjordane.....	1 792
Møre og Romsdal	3 462
Sør-Trøndelag.....	3 483
Nord-Trøndelag	1 893
Nordland	3 688
Troms.....	2 182
Finnmark.....	1 113
Sum	60 000

DRG-refusjonene finansieres dels gjennom omdisponering av tidligere øremerkede ordninger, videre gjennom satsingen i statsbudsjettet og endelig gjennom uttrekk fra de generelle rammetilskuddene til fylkeskommunene. Uttrekket for 1999 er 52,5 mill. kroner høyere enn 1998 grunnet korrigering av datagrunnlaget for Oslo. Se forøvrig "Beregningsteknisk dokumentasjon til St.prp. nr. 1 (1998-99)" ("Grønt hefte") og rundskriv H-10/98 fra KRD.

Utviklingsarbeidet av DRG-systemet (se punkt under) kan innebære mindre endringer av den fordeling som er gjort av uttrekket fra de fylkeskommunale rammer. Dersom endringer i DRG-systemet fører til omfordelingseffekter mellom fylkene, vil dette håndteres ved at det foretas en justering av fylkenes akontoutbetaling primo 1999.

Overgang fra aktivitetsbasert til objektive kriterier i uttrekket fra de fylkeskommunale rammer

I St.prp. nr. 1 (1996-97) fremkommer det at "uttrekket fra fylkeskommunenes generelle rammer skal gradvis baseres på inntektssystemets kriterier". I 1998 ble uttrekket basert på en kombinasjon hvor 80 pst. av uttrekket var beregnet med utgangspunkt i de DRG-refusjoner fylkeskommunene ville fått utbetalt ved å opprettholde samme behandlingstilbud til sin befolkning som i 1995, mens 20 pst. baserte seg på inntektssystemet kriterier. For 1999 er 60 pst. av uttrekket beregnet med utgangspunkt i aktivitet, mens 40 pst. baserer seg på inntektssystemets kriterier.

Ved at uttrekket gradvis justeres mot inntektssystemets kriterier, gis fylkeskommunene muligheter til å tilpasse seg eventuelle endringer i de økonomiske rammebetingelser. Fra år 2002 er uttrekket basert på 100 pst. objektive kriterier.

Utbetaling/rapportering

På samme måte som i 1998 vil SHD på basis av fylkeskommunenes tilbakemeldinger om deres planlagte aktivitetsnivå sammenholdt med statens målsettinger for aktivitetsnivå, foreta åkontoutbetalinger. Det vil foretas en første avregning i november 1999 basert på aktivitetsdata for 2. tertial 1999. Endelig avregning basert på faktisk aktivitetsnivå 1999 foretas i mai 2000. Videre vil det i mai 1999 avregnes for faktisk aktivitet fra januar til desember 1998. Endelig avregning i mai 1999 vil avstemmes mot allerede gjennomført avregning i november 1998.

Sykehusene rapporterer tertialvise data om innlagte og polikliniske pasienter til Norsk Pasientregister (NPR).

For 1999 vil man ikke lenger bruke 1995 som basisår i beregning av DRG-kryp, men sammenligne endringer i DRG-indeks med et gjennomsnitt av DRG-indeksen for de tre siste år. En endring i DRG-indeksen på mer enn 1 pst. vil bli avkortet. Det vil bli gitt nærmere informasjon om dette i eget brev til fylkeskommunene.

Enhetsprisen for 1999 antas å bli 28 289 kroner (27 136*1.0425). Det tas forbehold om mindre justeringer av denne prisen.

Utviklingsarbeid

Departementet har i samarbeid med medisinsk faglige miljø gjennomført et omfattende utviklingsarbeid innenfor enkelte deler av DRG-systemet; nyfødtmedisin/pediatri, rehabilitering, ikke-kirurgisk kreftbehandling og dagkirurgi/dagmedisin. Løsningene har vært sendt på en høring og enkelte justeringer kan påregnes som følge av det. Løsningene vil bli gjort gjeldende fra 1. januar 1999. Innføring av løsningen, samt overgang til nytt kodeverk og DRG-grupper fra 1. januar 1999 vil medføre mindre endringer i tallmaterialet for 1999.

Videre er det gjennomført en omfattende revisjon av kostnadsvektene i DRG-systemet, som igjen vil ha konsekvenser på beregning av refusjonene til fylkeskommunene. Dette arbeidet er et ledd i tilpasning av DRG-systemet til norske forhold. Arbeidet er blitt ledet av Sintef Unimed Norsk institutt for sykehusforskning og utført i samarbeid med utvalgte sykehus. Også de reviderte kostnadsvektene vil bli innført fra 1. januar 1999.

Departementet vil i tett samarbeid med eksterne forskningsmiljøer følge opp behandlingsrealterte og administrative tilpasninger til finansieringsordningen. Særlig vil det bli lagt vekt på å følge opp om finansieringsordningen medfører nedprioritering av enkelte pasientgrupper.

Post 61 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus m.v.

Posten omfatter refusjon av poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner, inklusive laboratorie- og røntgenvirksomhet. I tillegg til å refundere utgifter til ovennevnte formål, er det en målsetning at takstsystemet skal stimulere til at nye behandlingsformer tas i bruk og en mest mulig effektiv utnyttelse av de samlede ressurser i sykehussektoren.

For 1999 foreslås bevilget 2 720 mill. kroner. Bevilgningen er redusert i forhold til 1998 fordi refusjon for dagkirurgi overføres til post 60 (innsatsstyrt finansiering). Dette gjør refusjonene mer likeartet i forhold til pasientens tilstand. Fra 1. april 1998 ble det foretatt en generell oppjustering av takstene med 2,9 pst. Det er avsatt midler til en viss økning i den generelle aktiviteten, og som nevnt nedenfor er det også overført midler til nye takster. Det er stor usikkerhet knyttet til de samlede utgifter under denne posten. Departementet vil vurdere en eventuell takstjustering når tallgrunnlaget gir grunnlag for dette.

Foreløpige tall fra SSB viser at det i 1997 ble gjennomført 3,17 mill. polikliniske konsultasjoner ved de somatiske sykehusene. Tabellen nedenfor viser fordelingen mellom de viktigste avdelingstypene.

Antall polikliniske konsultasjoner ved offentlige somatiske sykehus i 1997 etter avdelingstype, foreløpige tall

KIRURGI	
Generell kirurgi.....	1 181 859
Ortopedisk kirurgi.....	136 565
Øre-, nese-, halssykdommer.....	259 782
Øyesykdommer.....	248 034
Blandet med./kir. avdeling.....	207 559
INDREMEDISIN	
Generell indremedisin.....	550 534
Onkologi.....	68 456
Hjertesykdommer.....	34 271
Hudsykdommer.....	160 685
Nevrologi.....	87 529
Revmatologi.....	63 666
Fysikalsk medisin.....	26 097
Pediatri.....	146 709
I alt	3 171 746

Kilde: Statistisk Sentralbyrå

Etter en betydelig vekst gjennom 1990-årene, er nå tallet på polikliniske konsultasjoner i ferd med å flate ut. Utflatningen kan skyles at sykehusene behandler flere og mer behandlingsskrevende pasienter poliklinisk enn tidligere. Økningen i noen utvalgte dagkirurgiske inngrep med ca. 40 pst. indikerer at det er slik, men foreløpig er ikke statistikken god nok til at dette kan sies med sikkerhet.

Rikstrykdeverket har i 1998 prøvd ut et nytt edb-basert kontrollprogram for oppgjør ved poliklinikkene i flere sykehus. Fylkeskommunene er informert om at programmet skal være i full drift fra og med 1. januar 1999, og sykehusene må derfor tilpasse sine pasientadministrative datasystemer til det nye kontrollprogrammet. I tillegg til bedre oversikt over ressursbruken, vil også det nye programmet kunne gi bedre og mer oppdatert informasjon om pasientbehandling i poliklinikkene ved de offentlige sykehus.

Fra 1. januar 1999 vil det ikke lenger bli gitt polikliniske refusjoner for dagkirurgi, i stedet vil dagkirurgien utløse DRG-refusjoner i systemet for innsatsstyrt finansiering. Dermed vil kirurgiske inngrep bli behandlet likt refusjonsmessig, og sykehusene vil dermed stå friere til å avgjøre om pasientene skal legges inn eller ikke. I forbindelse med omleggingen overføres 289 mill. kroner på kap. 730 fra post 61 til 60 (Innsatsstyrt finansiering ved sykehus).

De polikliniske takstene har vært brukt som et virkemiddel til å stimulere sykehusene til å behandle flest mulig pasienter uten innleggelse. Nye poliklinikktakster er også et viktig virkemiddel for å få sykehusene til å ta i bruk nye behandlingsformer ved poliklinikkene. I 1998 ble takstene innen fagområdet medisinsk genetikk revidert i sin helhet.

I 1999 vil det bli opprettet en egen takst for ambulant onkologisk behandling som skal stimulere til at sykehusspesialister kan gi lindrende kreftbehandling i pasientens eget hjem. Denne behandlingen har hittil vært prøvet ut ved Bærum sykehus og ved Regionsykehuset i Trondheim. Utgiftene til denne taksten dekkes ved at det overføres 2,5 mill. kroner fra handlingsplanen for kreftomsorgen (kap. 739 post 65).

I forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 63 (1997-98) Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006, jfr. Innst.S. nr. 222 (1997-98) ble Regjeringen bedt om å fremme en sak om at psykiatere og kliniske psykologer skal kunne utløse refusjon også når undersøkelse/behandling finner sted utenfor eget sykehus, poliklinikk eller distriktpspsykiatriske senter. Departementet tar sikte på å komme tilbake til Stortinget når forholdet er nærmere utredet.

I 1997 ble det innført en egen takst for tverrfaglig utredning av ryggpasienter forut for operasjon. Det har vist seg å være behov for at også pasienter som ikke skal opereres har behov for et tverrfaglig behandlingstilbud, og det vil derfor i 1999 bli etablert en tilsvarende tverrfaglig behandlingstakst innen fysikalsk medisin og rehabilitering for pasienter som ikke skal opereres. Den nye taksten forventes å kunne føre til en utgiftsvekst på ca. 6 mill. kroner som vil bli dekket ved overføring av dette beløpet fra kap. 739 post 63.

Gjennom forskriftsendring er det åpnet for at flere stillingsgrupper ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker godkjennes som refusjonsberettigede fagstillinger for slik å stimulere til økt behandlingsskapasitet. Departementet foreslår at denne bevilgningen økes med 16 mill. kroner for å dekke opp for den utgiftsøkning som følger av endringen.

Ved Haukeland sykehus har det i lengre tid vært drevet utprøvende behandling i trykkammer (hyperbar medisin). Det vil være aktuelt å opprette egne takster for deler av denne behandlingen i løpet av 1999, dersom det medisinske faglige grunnlaget for en slik takst er til stede.

Post 62 Tilskudd til regionsykehus

Regionsykehusstilskuddet har som formål å gi et økonomisk grunnlag slik at man i de aktuelle sykehus kan bygge opp og vedlikeholde en infrastruktur for å:

- ivareta kostbare og høyt spesialiserte tjenester som det er faglig og økonomisk rasjonelt å bygge opp for større områder enn det enkelte fylke,
- stimulere til oppbygging av nye avanserte og kostbare spesialisttjenester som kan/bør forankres på region- eller landsfunksjonsnivå,
- ivareta universitetsklinikkfunksjoner, forskning og undervisning, herunder bidra til utbygging av grunnlaget for en fullverdig undervisning.

En arbeidsgruppe som har vurdert regionsykehusstilskuddet avsluttet sitt arbeid i juni 1998. Gruppens arbeid har tatt utgangspunkt i regjeringens forslag til ny praktisering av regionsykehusstilskuddet i St.meld. nr. 24 (1996-97) "Tilgjengelighet og faglighet" og Stortingets behandling i Innst.S.nr. 237 (1996-97). Formålet med gruppens arbeid har vært å komme fram til en konkret anbefaling vedr. utforming av regionsykehusstilskuddet rettet mot regionsfunksjoner, flerregionale funksjoner, landsfunksjoner, forskning og undervisning ved sykehusene. Det er et mål at disse funksjoner og områder styrkes og at finansieringen blir mer treffsikker og minimerer uheldige tilpasninger ved sykehusene.

Arbeidsgruppen som har vurdert regionsykehusstilskuddet er enig i at det både fra departementet, fylkeskommunene og universitetene har vært utvist en for dårlig oppfølging av regionsykehusstilskuddet, og at oppfølgingen må bli tettere. Gruppen foreslår at det fra fylkeskommunene kreves en særskilt rapportering på hvilke tiltak hvert fylke har iverksatt for å fremme samarbeidet med universitetene om universitetsfunksjonene. Det er skissert en ny utforming av tilskuddet og foreslått etablert et formalisert samarbeidsorgan ved hvert regionsykehus mellom sykehus/sykehuseier og universitet. Arbeidsgrupperapporten har vært ute til begrenset høring til bl.a. universiteter og regionsykehuseierne. Høringsinstansene slutter seg i hovedsak til arbeidsgruppens anbefalinger.

Regionsykehusstilskuddet har til nå bestått av to tilskudd: et basistilskudd og et funksjonstilskudd. *Basistilskuddet* har erstattet den tidligere ordningen med subsidiering av gjestepasientkurdøgn ved regionsykehus. *Basistilskuddet* har vært fordelt etter en nøkkel basert på objektive kriterier, og har gjort det mulig for staten å foreta en konkret prioritering av regionsykehusene generelt. *Funksjonstilskuddet* har erstattet det tidligere universitetsklinikktilskuddet som var basert på avtaler mellom staten og regionsykehuseierne, og har gitt staten mulighet til å prioritere medvirkning til oppbygging/utbygging av funksjoner ved det enkelte sykehus.

Departementet legger opp til følgende utforming av regionsykehusstilskuddet fra 1999:

Regionsykehusstilskuddet foreslås delt i fire:

1. Tilskudd til basiskostnader (infrastrukturtilskudd).
2. Tilskudd til spesialiserte funksjoner (tilskudd til pasientbehandling).
3. Tilskudd til forskning.
4. Tilskudd til undervisning.

Det foreslås at regionsykehusstilskuddet tildeles fylkeskommunene i 1999. I behandlingen av St. meld. nr. 24 om spesialisthelsetjenesten, sluttet Stortinget seg til forslaget om å overføre funksjonstilskuddet direkte til regionsykehusene. Ny lov om spesialisthelsetjeneste som skal erstatte sykehusloven er planlagt fremmet for Stortinget i løpet av høsten 1998. Lov om spesialisthelsetjeneste kan derfor tidligst tre i kraft fra år 2000. Før dette vil utbetalingen av hele regionsykehusstilskuddet gå til sykehuseier. Departementet vil foreslå at det stilles krav om etablering av et formelt samarbeidsorgan mellom sykehus/sykehuseier

og universitetet på alle regionsykehusene. Dette samarbeidsorganet vil få oppfølging og rapportering av tilskuddet til undervisning og forskning som en av de viktigste oppgaver.

Den nye ordningen legger opp til at en større andel av regionsykehustilskuddet fordeles etter objektive kriterier.

Departementet foreslår videre å utforme tilskuddet til Rikshospitalet/Radiumhospitalet etter samme struktur som for de øvrige regionsykehusene.

Tilskudd til basiskostnader foreslås beregnet dels med en fast komponent som fordeles likt mellom regionsykehusene, og dels etter dagens basisfordeling basert på kostnadsnøkkelen for sykehus, som er nært knyttet til befolkningens størrelse og alderssammensetning, samt befolkningens bruk av regionsykehus. Videre inneholder basistilskuddet et skjønnsmessig tilskudd som skal ivareta forhold ved det enkelte regionsykehus som ikke fanges opp av de objektive kriteriene. Det er avsatt 123 mill. kroner i 1999 i skjønnsmidler.

Regionfunksjoner er oppgaver regionsykehusene har ansvar for innen sin helseregion, og som ikke utføres ved lokal- og sentralsykehus. Til forskjell fra flerregionale funksjoner og landsfunksjoner, er regionfunksjoner ikke organisert som egne enheter, men inngår som en integrert del av regionsykehusenes virksomhet. Økonomisk kompensasjon for dette legges derfor inn i tilskudd til basiskostnader. Det foreslås at det nyttes en generell rapportering til basistilskuddet som omfatter sentrale nøkkeltall knyttet til arealbruk, utstyrsstandard, bemanning m.m., og at det legges vekt på å utnytte allerede eksisterende informasjon og statistikk gjennom bl.a. SAMDATA-undersøkelsene.

Tilskudd til spesialiserte funksjoner etableres som en kompensasjon for spesialisert pasientbehandling som utføres ved regionsykehus. Dette gjelder:

1. *Landsfunksjoner* (hvor sykehuset tar imot pasienter fra hele landet)
2. *Flerregionale funksjoner* (hvor sykehuset tar imot pasienter fra flere helseregioner)
3. *Kompetansesentre* (hvor sykehuset er tildelt et spesielt ansvar for å drive kompetanseutvikling og veiledning overfor hele landet).

Departementet foreslår at tilskudd til spesialiserte funksjoner i sin helhet tildeles etter søknad, og at søknadsbehandlingen ikke bare omfatter nye funksjoner, men også igangværende funksjoner. Dette innebærer at igangværende funksjoner og kompetansesentre evalueres med noen års mellomrom. Helsetilsynet og Statens sykehusråd bør som i dag ha en rådgivende rolle i vurderingen av og tildelingen av bevilgninger fra dette tilskuddet spesifisert mht. hvilke beløp som tildeles hvilke funksjoner ved det enkelte sykehus. Dette for å klargjøre i større grad enn i dag hvor stor den statlige delfinansieringen er til hver enkelt funksjon. Departementet vil stille krav til budsjett- og regnskapsmessig oppfølging og fastsette relevante resultatindikatorer og resultatmål. Det vises til fordeling i tabellen nedenfor.

Tilskudd til forskning foreslås etablert som et eget tilskudd, rettet mot konkrete forskningsprosjekter som det skal avlegges særskilte prosjektrengskap for. Dagens særtilskudd til utprøvende behandling og forskning (jfr. omtale under kap. 739, post 65) foreslås innlemmet i regionsykehustilskuddet gjennom tilskudd til forskning. Tildeling av forskningsmidler knyttes til eksisterende aktivitetsindikatorer ved sykehusene.

Tilskudd til medisinsk forskning i Finnmark, 1,8 mill. kroner, overføres fra kap. 705, post 60 Rekruttering av helsepersonell til kap. 730 post 62 Tilskudd til regionsykehus fra 1999.

Tilskudd til undervisning foreslås etablert som et eget tilskudd, til kompensasjon av merkostnaden ved å motta studenter i den kliniske behandlingen i sykehus. Tilskuddet foreslås tildelt sykehusene etter forventet antall studenter. Rapportering for forskning og undervisning skal behandles av det formaliserte samarbeidsorganet ved hvert regionsykehus og det regionale helseutvalg. Sykehuseier, ved hjelp av samarbeidsorganet mot universitetet, må også rapportere bruken av tilskuddet ved andre sykehus enn regionsykehuset dersom slike brukes i undervisningen.

Departementet vil komme tilbake med retningslinjer og normtall for:

- Hvordan tilskuddet eventuelt fordeles mellom flere sykehus og
- fordeling av ansvar og oppgaver i studentundervisningen mellom sykehus og universitet.

Departementet vil angi nærmere krav til rapportering på alle fire deler av tilskuddet gjennom tildelingsbrev til regionsykehuseierfylkene.

I forbindelse med oppfølging av Nasjonal kreftplan foreslås det bevilget 5 mill. kroner i 1999 til etablering av kompetansesentre for arvelig kreft ved regionsykehusene. I tillegg foreslås det over kreftplanen bevilget 5 mill. kroner til oppbygging av kompetanse på smertelindring ved regionsykehusene. Det vises til nærmere omtale under kap. 739, post 65.

Fra høsten 1996 ble det etablert et nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap ved Haukeland sykehus, med ansvar for å følge opp særskilte utviklingstiltak for å sikre funksjonalitet, kvalitet og samordning mellom forvaltningsnivåene i helsetjenesten og med samarbeidende offentlige etater. Senteret vil bl.a. organisere det videre utviklingsarbeidet vedr. dataverktøy for AMK- og LV-sentraler. For 1999 foreslås videreføring av 3 mill. kroner til drift av senteret. Prosjekter blir finansiert særskilt over kap. 739, post 21.

Budsjett 1999

Totalt foreslås en bevilgning til regionsykehusene på 1 499 mill. kroner for 1999. I dette beløpet er inkludert overføring av 71 mill. kroner til utprøvende behandling og forskning fra kap. 739, post 65 Tilskudd til kreftbehandling til kap. 730 post 62 Tilskudd til regionsykehus i 1999. Regionsykehustilskuddet foreslås ikke prisjustert i 1999. Det foreslås lagt inn 24 750 000 kroner for 1999 til dekning av økte utgifter i forbindelse med økt studentopptak fra 1996 i Trondheim, Bergen og Oslo. Dette beløpet er inkludert i den totale bevilgningen til regionsykehus på 1 499 mill. kroner.

	Basis, fast	Basis, fordelt	Skjønn	Særskilte funk.	Forsk- ning	Under- visning	Totalt
Oslo	125 000	156 600	2 000	39 485	9 000	5 250	337 335
Hordaland	125 000	147 000	48 057	38 946	15 243	37 500	411 746
Sør-Trøndelag....	125 000	107 200	28 943	44 656	8 200	15 000	328 999
Troms	125 000	79 200	46 000	16 334	11 901	22 500	300 935
Sum	500 000	490 000	125 000	139 421	44 344	80 250	1 379 015

Departementet vil vurdere om det på sikt i større grad skal legges til grunn mer objektive kriterier i denne fordelingen.

Post 63 Refusjon godkjente kapitalutgifter

Målet med refusjonsordningen er å gi tilskudd til utgifter ved bygging og ombygging av somatiske sykehus, samt utgifter til utstyr og inventar i tilknytning til dette. Nærmere regler om refusjon av godkjente kapitalutgifter er gitt i forskrift med hjemmel i sykehusloven. Revidert forskrift trådte i kraft 1. september 1997.

Normert rentefot er f.t. 4,3 pst.

I samsvar med forslaget i St.prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helsevern 1999-2006 foreslås refusjonsordningen utvidet fra 1. januar 1999 til også å omfatte psykiatriske sykehus/sykehusavdelinger. Utvidelsen vil gjelde byggeprosjekter som starter opp etter 1. januar 1999. Pga. byggregnskap vil det ikke være behov for økte tilskuddsmidler før 2000.

Det foreslås bevilget 281 mill. kroner for 1999.

Post 64 Tilskudd til utstyr på sykehus

Det er vedtatt en 5-årig plan for å bedre utstyrssituasjonen i norske sykehus, jf. St.prp. nr. 61 (1997-98) Om Nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus og Innst. S. nr. 226 (1997-98). Planen vil bli iverksatt i perioden 1998-2002 med en statlig bevilgningsramme på 2 960 mill. kroner i løpende priser. I tillegg ble det bevilget 200 mill. kroner i 1997 og 165 mill. kroner i 1998. Av bevilgningen for 1997 er det overført 53,8 mill. kroner til 1998.

Bevilgningen utformes som en refusjonsordning der staten dekker 60 pst. av de fylkeskommunale utgifter til medisinsk teknisk utstyr og IT i 5-årsperioden. Maksimalt refusjonsbeløp fordeles på fylkeskommunene etter objektive kriterier, men utløses først etter fremleggelse av dokumenterte utgifter. For å sikre opprettholdelse av eksisterende investeringsnivå i fylkeskommunene i overgangsfasen, stilles det i utgangspunktet krav om at fylkeskommunene skal ha investert 600 mill. kroner i medisinsk teknisk utstyr og IT etter 1. januar 1998 før statlige refusjonsmidler kommer til utbetaling. Deretter vil staten dekke 60 pst. av dokumenterte utgifter. Den fylkeskommunale medfinansieringen på 40 pst. i planperioden er fastsatt ut fra hensynet til at fylkeskommunene skal videreføre om lag det investeringsnivået som i dag dekkes innenfor de frie inntekter. Fylkeskommunene skal utarbeide en 5-årig anskaffelsesplan som skal godkjennes i departementet etter at de regionale helseutvalg har avgitt sin uttalelse. Departementet vil understreke at dette er en tidsbegrenset dugnad som tas for å oppnå en fornuftig utstyrsstandard på sykehusene. Dette

er et engangstiltak som vil avsluttes etter 5 år. Utover dette vil det bli vurdert om det er budsjett og regnskapsregler for fylkeskommunene og kommunene som kan virke negativt inn på utstyrsplanleggingen i kommunesektoren.

Det er i tillegg bevilget 300 mill. kroner for 1998 til medisinsk teknisk utstyr, jf. St.prp. nr. 65 (1997-98) Om omprioriteringer og tilleggssbevilgninger på statsbudsjettet 1998 og Innst. S. nr. 252 (1997-98). Disse midlene inngår i det samlede beløpet på 2 960 mill. kroner over 5-års perioden og vil bli fordelt på fylkeskommunene etter objektive kriterier. Det er totalt bevilget 465 mill. kroner i 1998. Beløpet inkluderer også SHD's arbeid med å implementere og evaluere kreft og utstyrsplanene. Dette arbeidet er i St.prp. nr. 61 (1997-98) anslått til 2 årsverk.

Den statlige refusjonsordningen omfatter medisinsk teknisk utstyr, dvs. utstyr for kliniske formål, pasientbehandling og undersøkelse og utstyr for forskning og undervisning. I tillegg skal IT-utstyr og pågående og planlagte prosjekter knyttet til oppfølging av IT-handlingsplanen for helsesektoren "Mer helse for hver bIT" dekkes over denne bevilgningen. Dyrt utstyr og større investeringer som har direkte relasjon til pasientbehandlingen bør prioriteres. På IT-området bør utstyr/systemer som kan øke behandlingskvalitet og kapasitet, samt infrastrukturelle investeringer prioriteres.

Departementet vil i den årlige budsjettproposisjonen redegjøre for de fylkeskommunale utstyrsplanene, jf. Innst. S. nr. 226 (1997-98), vedtak IV.

I tråd med St.prp. nr 61 (1997-98) foreslås bevilget 284 mill. kroner til dette formålet for 1999. I tillegg er bl.a. 8 mill. kroner foreslått bevilget under kap. 734 Det norske Radiumhospital.

Post 66 Helseregionale og andre samarbeidstiltak

Med bakgrunn i Stortingets behandling av St.meld. nr. 50, ble det for 1996 opprettet en egen post for helseregionalt samarbeid. Det foreslås å beholde 12 mill. kroner på statsbudsjettet til dette formålet. De resterende 35 mill. kroner i forhold til forrige års bevilgning foreslås overført til fylkeskommunenes rammer.

I og med Stortingets behandling av Ot.prp. nr. 48 (1997-98), er det fastlagt at de regionale helseutvalgene skal utarbeide regionale helseplaner på vegne av fylkeskommunene. Organisering av de regionale helseutvalgene og driften av det regionale samarbeidet skal ivaretas av de samarbeidende fylkeskommunene. Av denne grunn foreslås hoveddelen av denne posten overført til fylkeskommunenes rammer. Dette skal dekke de faktiske kostnader i samband med utarbeidelse av de regionale helseplanene, og kompensere for fylkenes merutgifter som følge av lovendringene i Ot.prp. nr. 48, i tillegg til å videreføre regionale samarbeidstiltak.

De resterende 12 mill. kroner som gjenstår på posten, etter at 35 mill. kroner er lagt i rammene, og 1,8 mill. kroner er overført kap. 739, post 21, foreslås benyttet til dekning av merutgifter til den økede nasjonale styringen som følge av lovendringen i Ot.prp. nr. 48. I tillegg foreslås de benyttet til å ferdigstille flerregionale tiltak og tiltak der det er gitt lovnader om statlig medvirkning.

Formål og oppgaver

Målet er en mer effektiv sykehusstruktur, og en bedret regional samordning for å oppnå bedret kvalitet på spesialisthelsetjenestene og bedre utnyttelse av regionens behandlingskapasitet. Fylkeskommunene skal samarbeide i de regionale helseutvalgene for å samordne spesialisthelsetjenestene innenfor og på tvers av fylkesgrensene.

I Ot.prp. nr. 48 (1997-98) legges det opp til en sterkere nasjonal styring og regionalt helsesamarbeid med en formalisering av de regionale helseutvalgene. Disse pålegges å utarbeide regionale helseplaner som skal endelig vedtas av staten. Staten skal i forskrift kunne gi et nærmere innhold og utforming av den regionale planen, og rapportering om gjennomføring av den.

Midlene på posten foreslås benyttet til å ferdigstille flerregionale tiltak og tiltak der staten har inngått særlige lovnader, samt til en styrket nasjonal styring. Det foreslås avsatt inntil 6,3 mill. kroner til videreføring av departementets arbeid med å følge opp det regionale helsesamarbeidet, herunder bl.a. en inndekning av administrasjonskostnader til opparbeiding av system for mål- og resultatstyring og evaluering av de regionale planprosessene, oppfølging av regioninndelingen på Sør-Østlandet, FoU og innleieing av eksperthjelp, samt en oppfølging av det regionale helseplanarbeidet.

Tilstandsvurdering

Regional helseplanlegging ble påstartet i 1993. Det er nå utarbeidet 1. generasjons planer i alle helseregioner. Flere regioner er i ferd med, eller har alt utarbeidet regionale delplaner for psykiatrien. Det er nedlagt et grundig faglig arbeid i alle regioner, med utarbeiding av delplaner innen de ulike medisinske feltene. Noen helseregioner er nå i gang med å utrede og iverksette konkrete tiltak som følge av første generasjons planer.

Eksempler på større tiltak som er igangsatt i det regionale helsesamarbeidet:

- Region 1: Helsenett – etablering av telemedisinsk tilbud.
- Region 2: Utvikling av telemedisinsk tilbud. Informasjonskontor om fritt sykehusvalg.
- Region 3 (Vest): Oppbygging av regionalt helsenettverk (REGNETT). Oppbygging av KREFTNETT.
- Region 4 (Midt-Norge): Utvikling av regionalt helsenettverk (Midt-norsk helsenett). Oppbygging av teleradiologi og telekirurgi.
- Region 5 (Nord): Gjennomføring av overordnet IT-plan for regionen. Ambulant onkologiteam for region Nord.

I henhold til St.meld. nr. 37 (1997-98) om ny regioninndeling på Sør-Østlandet, har departementet iverksatt arbeidet med en samordning av regionsykehustjenestene i Oslo. Første forhandlingsmøte på administrativt nivå er avholdt mellom staten og Oslo kommune.

Post 67 Andre tilskudd*Hospice Lovisenberg*

startet som prosjekt i 1994. Dette tilbudet har vært drevet med midler fra Oslo kommune og staten. Hospice Lovisenberg gir nå både et dag- og et døgntilbud til alvorlig syke kreftpasienter, og pasienter med annen alvorlig lidelse. Avdelingen er knyttet til Lovisenberg Diakonale Sykehus, og tilbudet omfatter pasienter fra hele Oslo. Bevilgningen på 0,5 mill kroner til Hospice Lovisenberg foreslås videreført.

Det foreslås videreført 3,2 mill. kroner til drift av *yrkesmedisinsk avdeling ved Telemark sentralsykehus* og 0,8 mill. kroner til drift av *trykk-kammerbehandling ved Vest-Agder sentralsykehus*.

Kompetansesenter om 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 vil skje gjennom en vekselvirkning mellom utvikling av ny kunnskap og undervisning, råd og veiledning til helsesektoren.

Kompetansesenteret har det første året etablert seg med nye medarbeidere, utbygging av kontorer m.v. Det er arrangert konferanser, idè-dugnad og ulike kurs, samt gitt råd og veiledning til kommuner i arbeid med utvikling av tilbud for aldersdemens. Tidsskriftet Demens er startet opp, og en er i gang med oppbygging av hjemmeside på internett.

Kommunehelsetjenesten står overfor store utfordringer dersom en skal kunne gi et tilfredsstillende helse- og omsorgstilbud til alle demente pasienter i åra framover. Kompetansesenteret har store oppgaver i å bidra til kompetanseoppbygging.

Det er foretatt en landsomfattende spørreundersøkelse om tilrettelagte tilbud i kommunene til personer med aldersdemens. Med utgangspunkt i denne undersøkelsen, ønsker en igangsatt en rekke prosjekter som gjelder evaluering av tilbud til aldersdemente. I tillegg er en rekke andre prosjekter planlagt, samt utgivelse av tidsskriftet Demens og utvikling av læremateriell. Kompetansesenteret er videre engasjert i et EU finansiert prosjekt omkring teknologi, etikk og demens.

Tilskuddet foreslås økt med 2 mill. kroner til 7 mill. kroner for 1999.

Program for aldersforskning, Tromsø

skal bygge opp forskningskompetansen, et produktivt forskningsmiljø og ha høy klinisk kompetanse. Programmet omfatter både gerontologi og geriatri og er tverrfaglig. Programmet er forankret både i universitetsmiljøet og i sykehusmiljøet i Tromsø. Program for aldersforskning har som målsetting å bli en del av et kompetansesenter for geriatri og gerontologi i Tromsø. Dersom senteret blir realisert, vil programmet inngå som en del av dette.

Forskning og utvikling innen geriatri og gerontologi har vært mangelfull. Programmet vil bidra til nødvendig styrking ved oppbygging av et tverrfaglig forskningsmiljø.

Det har tatt noe tid å bygge opp et program med omfattende forskningsvirksomhet. Det satses på full drift fra og med 1999. Det foreslås 6 mill kroner til videreføring av programmet for 1999.

Prosjekt Seksuelt misbruk av barn

Sosial- og helsedepartementet og Barne- og familiedepartementet skal sammen følge opp tiltakene i St.meld. nr. 53 (1992-93). I 1998 ble det bevilget 3 mill. kroner på denne posten til å følge opp vedtatte tiltak i meldingen, bl.a. Nasjonalt ressurscenter for seksuelt misbrukte barn på Aker sykehus. Senteret har som hovedmålsetting via kompetanseoppbygging å forbedre tilbudet om utredning, diagnostisering, behandling og støtte til seksuelt misbrukte barn og deres pårørende.

Dette er et treårig prosjekt som ble avsluttet den 31. juli 1998, men hvor prosjektperioden er forlenget til ut 1998. Den årlige bevilgningen har vært på 2,5 mill. kroner, men som følge av økte driftskostnader knyttet til evalueringsarbeid, utarbeidelse av prosjektrapport og gjennomføring av en avslutningskonferanser, ble dette tiltaket styrket med 0,5 mill. kroner i 1998.

Evalueringsarbeidet pågår, og Sosial- og helsedepartementet vil i samarbeid med Barne- og familiedepartementet bruke 1999 til å avklare videre organisering og satsing på feltet. Det foreslås avsatt 2,5 mill. kroner til driften av dette tiltaket, samt 0,5 mill. kroner til ekstraordinære kostnader i 1999.

Lærings- og mestringssenter

Prosjektet "Lærings- og mestringssenter Aker sykehus" startet opp september 1997 og er et samarbeidsprosjekt mellom sykehuset, store pasientorganisasjoner for kronisk syke og departementet. Det utvikles og iverksettes en rekke pedagogiske tiltak for gjennom læring å oppnå mestring av livet som kronisk syk. Målgruppene er pasienter med kroniske lidelser, pårørende, helsepersonell på sykehus og i kommunehelsetjenesten. Prosjektet ble i 1998 finansiert over kap. 720.62.2 Prosjektet foreslås videreført i 1999 med 2 mill. kroner.

Sentralsykehuset i Nordland starter høsten 1998 med planlegging av lærings- og mestringssenter med modell og mål som på Aker, tilrettelagt lokale forhold og forutsetninger. Til dette er det bevilget 250 000 kroner over kap. 720.62. Drift vil starte i 1999. Det foreslås bevilget kr 600 000 til prosjektet. Prosjektene må ses i sammenheng med forslaget til ny lov om spesialisthelsetjeneste, der opplæring av kronisk syke foreslås innført som en ny hovedoppgave for sykehusene.

Kompetansesenter for revmatikere (Diakonhjemmet)

I St.prp. nr. 65 (1997-98) er det foreslått å etablere kompetansesenterfunksjoner og utvikle landsoppgaver og regionoppgaver for helseregion 2 ved Diakonhjemmet. Sosial- og helsedepartementet har drøftet dette spørsmålet med Oslo kommune, som ser det som ønskelig å legge disse oppgavene til Diakonhjemmet. Diakonhjemmet arbeider med å frigjøre lokaler, slik at en kan starte denne virksomheten i 1999. Det foreslås bevilget 5 mill. kroner for 1999 til dekning av kostnader forbundet med etablering av kompetansesenteroppgaver, og landsfunksjoner og regionfunksjoner for helseregion 2. Kostnader forbundet med drift av kompetansesenterfunksjonene, og universitetsfunksjoner i forbindelse med region- og landsfunksjoner vil en måtte komme nærmere tilbake til i budsjettforslaget for år 2000.

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 A/S etablert en beredskapstjeneste ved flyplassen knyttet til driften av en transitstasjon for ambulansetjenesten. Tjenesten er foreløpig opprettet som et prosjekt for inntil to år, hvor Sosial- og helsedepartementet står for finansiering.

Sosial- og helsedepartementet har inngått avtale med Akershus fylkeskommune om statlig medfinansiering knyttet til lengre reiseavstand mellom hovedflyplassen og hovedstadssykehusene. Avtalen gjelder foreløpig for to år og må sees i sammenheng med et pågående arbeide med revisjon av retningslinjer for oppgjørordninger knyttet til ambulansetransport. Det foreslås bevilget 8,4 mill. kroner i 1999.

Opprettelse av et nasjonalt kompetansenettverk for rygg og ryggsykdommer

Opprettelse av et nasjonalt kompetansesenter for rygg har blitt foreslått for å ivareta nødvendig fagutvikling, fremme forskning og heve kompetansen. Hovedoppgaven for et

slikt kompetansesenter vil være oppbygging av kunnskap om forebygging, diagnostikk/utredning, behandling og oppfølging, og formidling av kunnskap til pasientene og alle ledd i utrednings- og behandlingskjeden. Det gjelder særlig å komme frem til vitenskapsbaserte effektive tilnæringsmåter og behandlingsprinsipper.

Betydelig forskningsaktivitet skjer allerede i et nettverkssamarbeid som for en stor del er finansiert av Sosial- og helsedepartementet. En evaluerings- og rådgivningsgruppe har over en 3-års periode evaluert en rekke ryggprosjekter for å finne frem til effektiv behandling av pasienter med ryggglidelser. Hovedmålet med gruppens virksomhet er vitenskapelig utprøving og vurdering av diagnostiske og behandlingsmessige tiltak. Denne gruppen utgjør kjernen i dette nettverket.

Departementet foreslår nå å videreutvikle dette samarbeidet etter en nettverksmodell. Samtlige regionsykehus vil inngå i nettverket. Alle sentralsykehusene og de mindre sykehusene vil få tilbud om å delta i nettverkssamarbeidet. Siktemålet er å gi nettverket en struktur som gjør det mulig å arbeide med og forske på sentrale problemstillinger, ikke minst i samhandlingen mellom første- og annenlinjetjenesten. Det vil bli lagt stort vekt på kunnskaps- og erfaringsformidling ut til det kliniske behandlingsapparatet og til pasientene. Retningslinjene for mer ensartet utredning, behandling og oppfølging vil bli prioritert.

Det foreslås overført 5 mill. kroner (jfr. kap. 739, post 63 Tilskudd til utbygging av økt behandlingstilbud m.v.) til etablering av et nasjonalt kompetansenettverk for rygg, herunder forsknings- og utviklingsprosjekter. Det vises ellers til ryggomtalen under kap. 739, post 63.

Utredning medisinerutdanning ved Sentralsykehuset i Akershus

Helseministeren varslet i sin redegjørelse overfor Stortinget i februar at regjeringen ville utrede om Sentralsykehuset i Akershus (SIA) igjen skulle få universitetsfunksjon for å drive med klinisk utdanning av medisinerstudenter, slik sykehuset hadde på 1980-tallet. I St.prp. nr. 65 (1997-98) ble det varslet at det var nedsatt en arbeidsgruppe for å vurdere spørsmålet. Arbeidsgruppen har nå lagt frem sin rapport. Sosial- og helsedepartementet og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet vil komme tilbake til saken. Sosial- og helsedepartementet ser på en eventuell gjenopprettig av universitetsfunksjonen ved SIA som et viktig bidrag for å øke tilgangen på leger. Sosial- og helsedepartementet vil i 1999 avsette 1 mill. kroner til start på et videre planarbeid.

KAP. 731 RIKSHOSPITALET (jfr. kap. 3731)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	1 974 099	1 819 675	
30	Nybygg, <i>kan overføres</i>	756 503		
31	Utstyr til nybygg, <i>kan overføres</i>	72 630		
45	Større utstysanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	29 527	58 400	
50	Statstilskudd			1 149 000
	Sum kap. 0731	2 832 759	1 878 075	1 149 000

Bevilgningsforslaget for 1999 er redusert teknisk som følge av overgang til nettobudsjettering.

Statstilskuddet utgjør differansen mellom et utgiftsnivå på 2 022,7 mill. kroner og et inntektsnivå på 873,7 mill. kroner.

Det er overført fra 1997 til 1998:

Post 01: 303 000 kroner
Post 30: 20 671 000 kroner
Post 31: 12 190 000 kroner
Post 45: 43 187 000 kroner

KAP. 3731 RIKSHOSPITALET

(jfr. kap. 731)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
02	Salgs- og leieinntekter	231 050	108 000	
03	Diverse inntekter	49 474	45 300	
04	DRG-refusjon	102 681	394 570	
15	Refusjon av arbeidsmarkedstiltak	870		
16	Refusjon fødselspenger	23 542		
17	Refusjon lærlinger	132		
60	Refusjon fra fylkeskommuner	640 881	393 950	
61	Inntekter ved hjerteoperasjoner			
62	Inntekter fra UDI			
Sum kap. 3731		1 048 630	941 820	

Omlegging til nettobudsjettering fra 1999

En arbeidsgruppe i Sosial- og helsedepartementet med bl.a. representanter fra styrene og ledelsen ved Rikshospitalet og Radiumhospitalet har i 1998 arbeidet videre med forslag til omlegging av budsjetteringsmåte for de 2 statssykehusene. Utgangspunktet for arbeidet er beskrevet i St.prp. nr. 1 (1997-98) og i St.prp. nr. 65 (1997-98). Forslagene til omlegginger bygger på eksisterende regelverk utarbeidet for forvaltningsorganer med særskilte fullmakter, hvor de årlige bevilgninger tildeles over post 50.

I budsjettet for 1999 foreslås det ett netto tilskuddsbeløp på kap. 731 post 50. Dette beløpet tilsvare differansen mellom brutto utgifter på post 01 og post 45 og brutto inntekter. Omleggingen forutsetter unntak fra Bevilgningsreglementets § 4 om Brutto prinsippet. Det vises til romertallsvedtak nr. VI-1 Overgang til nettobudsjettering vil innebære flere endringer i forhold til nåværende budsjetteringsmåte og regnskapsrutiner;

- Sykehusene beholder overskudd og vil måtte dekke eventuelle underskudd. Eventuelt overskudd kan fritt avsettes til drift eller investeringer.
- Statens standard kontoplan for post 01 er ikke aktuell. Sykehusene vil stå fritt ved valg av kontoplan og skal ikke rapportere til statsregnskapet.
- Kravene til internregnskapet omfattes av Økonomireglementets regler.
- Overgang til 50-post-institusjoner innebærer at sykehusene må foreta avsetninger til framtidig dekning av feriepenger og arbeidsgiveravgift til folketrygden, samt avsetning av forskuddsinnbetalinger. Konsekvenser av disse endringer skal utredes nærmere og departementet vil komme tilbake til nødvendige justeringer i 1999.
- Departementet forutsetter at ansatte ved sykehusene fortsatt skal være statstjenestemenn.
- Bevilgning til lønns- og prisstigning foreslås som hovedregel fastsatt i St.prp. nr. 1. I 1999 foreslår departementet at justeringen foretas høsten 1999.

Departementet vil ta opp nødvendige endringer i rapporteringsrutiner og eventuelle endringer i fullmakter i tildelingsbrevene til de to sykehusene.

Departementet legger til grunn at evt. ubrukte bevilgninger i 1998 overføres til 1999, jfr. romertallsvedtak nr. VI-2.

Reformen innebærer isolert sett ingen endring hverken i inntekter eller produksjon ved sykehuset.

1. Rikshospitalets formål og hovedprioriteringer*Hovedmål og hovedoppgaver for Rikshospitalet*

Rikshospitalets hovedoppgaver er pasientbehandling, forskning og undervisning.

Rikshospitalet har som overordnet målsetting å være en høyspesialisert institusjon innenfor sine enkelte virksomhetsområder og gi behandling, pleie og omsorg til pasientene.

Rikshospitalet har som hovedmål innen de enkelte virksomhetsområdene å:

- gi pasientene medisinsk behandling, pleie og omsorg,
- være et nasjonalt senter for forskning og undervisning på internasjonalt nivå,
- være en universitetsklinikk og i tillegg ha undervisningsoppgaver som grunnutdanning, spesialistutdanning, videre- og etterutdanning av helsepersonell herunder også innen ortopediteknikk,

- fremstille, tilpasse og gi faglig veiledning ved bruk av ortopediske hjelpemidler,
- evaluere bl.a. ved klinisk utprøving, bruk av ny teknologi og komponenter innen ortopediteknikk.

Ansvarsområder for Rikshospitalet

Rikshospitalet er et universitetssykehus og regionssykehus for helseregion 2. Hospitalet dekker i tillegg en rekke landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og lokal-/og sentralsykehusfunksjoner for Akershus og Oslo fylker innen visse spesialiteter. Lands- og regionfunksjonene utgjør knapt 80 pst. av virksomheten, mens lokal- og sentralsykehusfunksjonene utgjør ca. 20 pst. av sykehusets virksomhet. Rikshospitalet deltar i det faglige samarbeidet i region 2. Sykehuset er sentralt i arbeidet med utprøvende behandling og forskning. Det vises til punkt 3 der endringene i regioninndelingen i helseregion 1 og 2, jfr. St.meld. nr. 37 (1998-99) er omtalt.

2. Resultatrapportering 1997

Rikshospitalets drift i 1997 var i samsvar med budsjettet. Det har i 1997 pågått et kontinuerlig arbeid med å tilpasse og utbedre økonomistyringssystemet og regnskapsrutinene for å få til en bedre økonomiforvaltning.

2.1 Samlet medisinsk virksomhet, Rikshospitalet

Resultatmål	Resultat 1995	Resultat 1996 ¹⁾	Mål 1997	Resultat 1997
Antall senger	661	661 ¹⁾	691	692
Antall kurdøgn	197 731	202 703	201 200	209 354
Sengeutnyttelse i pst.	68,3	66,6	66,6	66,6
Gjennomsnitt kurdøgn/opphold	6,0	5,9	6,06	5,9
Antall institusjonsopphold	32 898	34 499	33 200	37 930 ²⁾
Derav dagopphold	4 622	6 703	6 900	7 161
Venteliste, garantibrudd	330	394		501
Pasienthotell, opphold	13 988	14 451	14 050	12 743
Antall reg. Polikl. Konsult.....	129 255	125 582	132 500	127 592
DRG-poeng	41 526	40 462	41 840	42 927
DRG-indeks (GRH).....	1,26	1,26	1,26	1,20 ¹⁾
Kostnadsindeks	106	106	106	106

1) Uten Berg gård

2) Regresteringsmåte på Berg Gård er endret i 1997: Antall opphold er registrert med 2500 mot 612 i 1996.

Liggetiden har i perioden 1990 til 1997 ligget på 6,3-5,9 dager.

2.2 Klinisk virksomhet

1997 var et år med høy produksjon. Rikshospitalet oppnådde i hovedsak målene for den pasientrettede virksomheten i 1997.

Rikshospitalet hadde i 1997 nær 38 000 opphold inkl. Berg gård.

Antallet eksterne polikliniske konsultasjoner i 1997 er 116 034, i tillegg hadde poliklinikkene 11 558 konsultasjoner av inneliggende pasienter.

Den teknologiske og medisinske utviklingen har spesielt innen for feltet nevrokirurgi, gitt økte muligheter for diagnostikk og behandling. Dette kommer bl.a. til uttrykk i antall liggedager som sett i forhold til 1995 er økt med i alt 41 pst. og for helseregion 2 med 45 pst. Ytterligere etterspørsel av nevrokirurgisk kompetanse fra helseregion 2 er signalisert.

Det har de senere år vært en stadig dreining mot mer kompliserte og kostbare behandlingsformer. Rikshospitalet har landsfunksjon for behandling med organ- og benmargstransplantasjon. I perioder ved maksimal kapasitetsutnyttelse på benmargstransplantasjonssiden, har RH vært nødt til å sende pasienter til utlandet for behandling.

1997 var et særdeles produktivt år innen hjertekirurgi med sine 751 operasjoner. Antallet åpne hjerteoperasjoner har aldri vært så stort. Implanterbare defibrilatorer innenfor "andre prosedyrer" økte med 100 pst. fra 30 stk. i 1996 til 61 stk. i 1997. Dette tallet forventes å stige ytterligere kommende år.

Via Intervensjonssenteret utvikles stadig nye metoder ved hjelp minimal invasive prosedyrer (ikke operative inngrep). Denne type virksomhet vil øke de neste årene. Arbeidet ved denne enheten på Rikshospitalet, i samarbeid med Medinnova SF, er nær knyttet til utenlandske forskningssentra, Universitetet og andre norske sykehusmiljøer.

Rett før jul i 1997 fikk Klinisk-kjemisk avdeling sertifikat på at de tilfredsstiller strenge internasjonale krav til hvordan prøver tas og analyseres. Avdelingens systematiske arbeid mot dette målet er samtidig en kvalitetssikring på at faren for feil av analysesvar er redusert til det minimale

2.3 Forskning og undervisning

Forskningen ved Rikshospitalet skjer innen enkelte avdelinger i samarbeid med Universitetet i Oslo og Medinnova. Rikshospitalet har et utstrakt samarbeid med andre nasjonale sentra og internasjonale forskningsinstitusjoner

I 1997 ble det publisert over 900 artikler og det ble avlagt 26 medisinske doktorgrader med utgangspunkt i forskningsarbeid ved Rikshospitalet. Ca. 400 personer arbeider ved hospitalet med lønn fra Universitetet eller andre forskningsinstanser.

Det befinner seg til enhver tid i underkant av 500 medisinstudenter på Rikshospitalet. Universitetstilknyttede leger ved hospitalet gir årlig ca. 20 000 undervisningstimer (ca. 90 pr. dag).

2.4 Medinnova

Medinnova ble etablert i 1985 (omdannet til statsforetak i 1993) jfr. St.prp. nr 96 (1985-86) og reguleres av lov om statsforetak. Etter loven skal ordinært foretaksmøte med fastsettelse av foretakets resultatregnskap og balanse holdes innen 6 måneder etter utgangen av hver regnskapsår. Da departementet ble kjent med at regnskapet for 1997 ikke ville være klart innen fristens utløp, ble det innkalt til ekstraordinært foretaksmøte i Medinnova SF den 2. juli d.å.. Sosial- og helsedepartementet instruerte i dette møtet foretaket om å avlegge regnskapet snarest mulig og senest innen 1. oktober d.å. sammen med en rapport med fullstendig avklaring av den økonomiske situasjonen og ansvarsforhold samt forslag til nødvendige tiltak. Departementet følger opp saken.

2.5 Flytting til Nytt rikshospital på Gaustad

Planlegging av NRH hadde i 1997 hovedfokus på tre områder:

- Planlegging av utvidelsene som ble vedtatt høsten 1996
- Utstyr
- Flytting

I løpet av året ble utvidelsen ferdig planlagt. For å sikre tilstrekkelig tid til praktisk forberedelse i perioden fra ferdigstilling av bygget til innflytting, ble dato for hovedflytting av pasienter bestemt til 16.-17. januar 1999. Flyttetidspunkt vil bli utsatt, se redegjørelse under pkt. 4 om Nytt Rikshospital på Gaustad.

Både bygging av sykehotell og parkeringsanlegg startet opp i 1997, og planlegges ferdigstilt til sykehuset tas i bruk. Kollektivløsningen til Nytt Rikshospital er basert på trikkeløsning. Det vises til St.prp. nr. 44 (1997-98). Trikkeløsningen planlegges ferdigstilt i mai 1999.

3. Tilstandsvurdering

Det vises til punkt 4, vedrørende flytting til nytt Rikshospital på Gaustad.

Det er et stabilt behov for helsetjenester fra helseregion 2 og fra landet forøvrig. Etterspørselen er på noen områder høyere enn sykehusets kapasitet slik at det genereres ventelister. Innen fagområder som nevrokirurgi, barnemedisin og tung kreftkirurgi, er det økende etterspørsel etter sykehusets tjenester.

Produksjonstallene for 1997 og første del av 1998 er økt i forhold til 1996.

Regionsykehusfunksjoner for Helseregion 2 utgjør ca. 57 pst., mens ca. 24 pst. er lokal- og sentralsykehusfunksjoner nødvendig for bl.a. student- og spesialistundervisning. Etablerte metoder blir løpende overført til sentralsykehusene for å frigi kapasitet for nyutvikling. Konsulentfunksjon pr. brev og telefoner er omfattende og vil øke vesentlig ved innføring av moderne telemedisin. Det er en økende tendens til at de ulike avdelinger benyttes til "second opinion" vurderinger. Slikt arbeid er krevende og gir liten økonomisk kompensasjon. Rikshospitalet søker gjennom strategisk plan å definere den profil som gir størst nytteverdi for samfunnet.

I henhold til behandlingen av St.meld. nr. 37 (1997-98) vil den nye helseregioninndelingen på Sør-Østlandet ikke på kort sikt gi endringer i sykehusets

pasientgrunnlag. En endring i pasientstrømmene vil først eventuelt skje som en følge av samordningsprosessen mellom regionsykehusene i Oslo, som det vil bli startet forhandlinger om høsten 1998.

Rikshospitalet har en viktig rolle for norsk helsevesen når det gjelder utdanning av legespesialister innen de fleste fagområder i medisin. Innen flere fagområder er det arrangert kurs med bl.a. videooverføringer for ferdige spesialister mht. nye operasjonsmetoder.

Øk etterspørsel etter kontorstøttefunksjoner i den daglige drift

Kravene til kontortjenesten har vært økende de senere år fordi dokumentasjonskravet og kvaliteten er blitt større. For å møte disse utfordringene har Rikshospitalet satset bl a mye på IT, og fra 1999 vil hospitalet få god dekning av et elektronisk journal-system (Medakis) og digital diktering. En vil også lette arbeidet med bruk av datavarehus, hvor en kan gjenfinne data lett, og intranettløsninger som gir bedre informasjonstilgang og kommunikasjon. En har dessuten startet forsøksvirksomhet med elektronisk handel, noe som på sikt vil gi besparelser. Alle disse løsningene krever høyere IT-kompetanse og Rikshospitalet har iverksatt flere opplæringstiltak i den forbindelse.

Omlegging av driften på Rikshospitalets senter for ortopedi (RSO) som følge av tilpasninger til Gaustad

I og med at RSO skal bli værende i sine gamle lokaler inntil ny fløy på Gaustad er ferdig i år 2000, vil tilpassing av driften ved RSO bli utsatt til nærmere innflytting.

Sophies Mindes Ortopeditekniske Senter

Rikshospitalets ortopeditekniske avdeling står i 1999 og i år 2000 foran store utfordringer spesielt knyttet til det nye Rikshospitalet. Avdelingen vil betjene nye pasientgrupper i tillegg til ortopedien, som en del av det samlede behandlingstilbudet i hospitalet. Avdelingen vil i liten grad påvirkes av flyttingen i 1999, men servicen ved Rikshospitalets senter for ortopedi (RSO) blir endret når sykehusdelen flyttes til Gaustad i år 2000.

Departementet vil vurdere den fremtidige tilknytningsformen for de ortopediske verkstedene.

Berg Gård

Virksomheten ved Berg Gård skal ivareta regionoppgaver for helseregion 2, landsfunksjoner og evt. kompetansesenterfunksjoner innen habilitering av barn. Rikshospitalet har etter anmodning fra Sosial- og helsedepartementet utarbeidet en beskrivelse av framtidige oppgaver på region- og landsnivå. Denne er til vurdering i Statens helsetilsyn. Bygningene ved Berg Gård forutsettes fortsatt benyttet av Rikshospitalet. Det skal forhandles med CP-foreningen om avtale om statens bruk av bygningene med eieren av bygningene på Berg gård. Ny avtale forutsettes klar 1. januar 1999.

4. Flytting til nytt Rikshospital på Gaustad

I månedsskiftet august/september 1998 ble det klart at det nye sykehuset ikke vil ferdigstilles i tide til at hovedflyttingen av pasienter ikke kan finne sted som opprinnelig forutsatt 16. - 17. januar 1999.

I St.prp. nr. 65 (1997-98) ble Stortinget orientert om at "Flytting til Nytt Rikshospital på Gaustad vil finne sted fra oktober 1998 til februar 1999. Hovedflyttingen er planlagt i januar 1999." Datoen for hovedflytting av pasienter ble fastsatt av Rikshospitalets styre i november 1997. Forutsetningen for denne beslutningen var at det vesentligste av hovedprosjektet skulle stå ferdig fra Statsbygg 1. oktober 1998. Gjennom vinteren 1997-98 ble det utarbeidet en plan i samarbeid mellom Statsbygg og Rikshospitalet om en etappevis overlevering av ibruktagelse av definerte områder av sykehuset gjennom høsten 1998 og frem mot årsskiftet.

Utviklingen i prosjektet 1. halvår 1998 førte til en presset fremdriftssituasjon. En årsak til dette har vært en undervurdering av konsekvensene for hovedprosjektet av de vedtatte utvidelsene i 1996. En fremdriftsrevisjon ble gjennomført i mai/juni 1998, som viste at situasjonen var anstrengt og forsinkelser registrert. Det ble utarbeidet en plan for korrigerende tiltak på byggframdrift, slik at den omforente overleveringsplanen mellom Statsbygg og Rikshospitalet kunne opprettholdes. På denne bakgrunn var det en felles tilråding fra Rikshospitalet og Statsbygg om å opprettholde hovedflytting av pasienter 16. -

17. januar 1999. Resultatene av fremdriftsrevisjonen ble forelagt prosjektets styringsgruppe 18. juni 1998 og Rikshospitalets styre 17. juni 1998.

Primo august ble det klart at framdriften i juni/juli ikke hadde vært som forutsatt. Videre hadde nye problemer i grensesnittet mellom avansert utstyr og bygget dukket opp. Statsbygg gjorde en ny fremdriftsrevisjon, og i månedsskiftet august/september ble det klart at en ikke ville makte å ferdigstille hovedprosjektet i samsvar med gjeldende fremdriftsplan. I en henvendelse til Sosial- og helsedepartementet og Arbeids- og administrasjonsdepartementet av 7. september 1998 meddelte Statsbygg at hovedprosjektet i sin helhet vil være ferdigstilt 31. mars 1999, inkl. alle ombyggingsarbeider. Dette omfatter ikke Ex-vivo-lab., Intenvensjonscenteret, apotekets produksjonslokaler og tilbyggene C6, D6 og E6. Det vises også til omtale i Arbeids- og administrasjonsdepartementets St.prp. nr. 1 (1998-99), Statsbyggs budsjett, kap. 1580.

Hovedflytting av pasienter ble på bakgrunn av forsinket byggferdigstillelse behandlet i Rikshospitalets styre 10. september 1998. Styret fattet vedtak om at med den nåværende informasjon fra Statsbygg, vil hovedflytting av pasienter først kunne gjennomføres i etterkant av sommerferien. Fram til nytt styremøte 5. oktober 1998, hvor flyttedato skal fastsettes, skal muligheten for å gjennomføre hovedflytting før sommerferien likevel vurderes i samarbeid med Statsbygg.

Departementet avventer derfor behandling av denne saken i styremøte 5. oktober 1998 før ny dato for hovedflytting kan fastsettes.

Ved fremleggelsen av statsbudsjettet er derfor ikke ny flyttedato avklart, og det er ikke mulig på dette tidspunkt å fastslå de totale konsekvensene for Rikshospitalet. Ved flytting av Rikshospitalet til Gaustad har en forutsatt et produksjonstap på i alt 15 pst. Med opprinnelig hovedflytting i januar 1999, hadde en lagt til grunn 4 pst. produksjonstap i 1998 og 11 pst. i 1999. Med utsatt flyttedato antar departementet at 1998 i liten grad blir berørt mht. produksjonstap, og at produksjonstapet på 15 pst. i sin helhet nå faller på 1999. Vi gjør oppmerksom på at i det fremlagte budsjettet er dette ikke tatt hensyn til.

Det samlede flyttebudsjettet for Rikshospitalet var beregnet til 194 mill. kroner, inkludert inntektstap og utgifter. Stortinget har tidligere bevilget 23 mill. kroner på kap. 731, post 01 og redusert inntektene på kap. 3731 med 10 mill. kroner i 1998. I budsjettet for 1999 er det lagt inn 44 mill. kroner under post 50 til dekning av merutgifter. Inntektene er redusert med 102 mill. kroner og dette er innarbeidet ved beregningen av statstilskuddet. Budsjettendringene for 1998 og 1999 var basert på hovedflytting i januar 1999.

Utsatt flyttedato kan innebære merutgifter for Rikshospitalet. Dette er knyttet opp mot dobbeltdrift av driftsavdeling, renhold m.v. som nå ikke kan trappes ned som forutsatt i Pilestredet. Videre påløper merutgifter til eiendomsforvaltning, oppvarming, vakthold, tømning, forlengelse av flyttekoordinatorer, prosjektleidelse m.v.

Selv med utsatt flyttedato påløper flytteutgifter også i 1998. Dette dreier seg bl.a. om utgifter til flyttekoordinatorer, kontraktsrådgivning og utgifter til bortkjøring av sensitivt materiale og ordinært papiravfall.

For å sikre tilbudet til pasientene er det inngått avtale med Oslo kommune (Ullevål sykehus) om pasientbehandling i flytteperioden. Lignende avtaler er inngått med Akershus, Buskerud og Østfold fylkeskommuner. Disse avtalene må nå reforhandles.

Videre må avtaler om fortsatt bruk av lokaler som Rikshospitalet i dag disponerer forlenges. Det samme gjelder sykehotell.

Når endelig flyttedato er fastsatt, vil departementet komme tilbake til Stortinget med en full gjennomgang av konsekvensene for Rikshospitalet både for 1998 og 1999 ved utsatt flytting, herunder de budsjettmessige justeringer som må foretas.

Leie av lokaler utenfor sykehuset

Utvidelsene som ble vedtatt i St.prp. nr. 1, Tillegg nr. 3 (1996-97), er innarbeidet i utbyggingsprosjektet, men vil ikke ferdigstilles før i år 2000. Rikshospitalet vil derfor ha behov for å leie lokaler utenfor det nye sykehuset. Dette vil primært være kontorlokaler for funksjonærer og støttepersonell. Rikshospitalet utarbeider avtale med Statsbygg om leie av lokaler til dette formål.

Etter flyttingen skal Statsbygg overta bygningsmassen i Pilestredet, også de lokalene som Rikshospitalets barnehager holder til. Det planlegges å bygge ny barnehage for Rikshospitalet på en tomt i nærheten av Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (SSBU). Det vises til omtale i St.prp. nr. 63 (1997-98). Statsbygg står for utbyggingen, og barnehagen planlegges ferdigstilt høsten 1999.

Inntil ny barnehage er satt i drift vil Rikshospitalet etablere midlertidige løsninger. Utsatt flyttedato reduserer nå behovet for midlertidige barnehager, da en forutsetter at

barnehagedriften i Pilestredet kan forlenges. Leieutgifter i forbindelse med barnehagedrift vil innebære en merutgift for Rikshospitalet.

Etterbruk av sykehusbygningene

Oslo Sanitetsforenings Revmatismesykehus (OSR)

Som det går frem av St.prp. nr. 65 (1997-98) ønsker Akershus fylkeskommune midlertidig å benytte lokalene ved Oslo Sanitetsforenings Revmatismesykehus når virksomheten som nå drives i disse lokalene flyttes til nytt rikshospital. Akershus fylkeskommune drøfter leiespørsmålet videre med Oslo Sanitetsforening.

Rehabilitering

I St.prp. nr. 65 (1997-98) er det foreslått å etablere kompetansesenterfunksjoner og utvikle landsoppgaver og regionoppgaver for helseregion 2 ved Diakonhjemmet. Sosial- og helsedepartementet har drøftet dette spørsmålet med Oslo kommune som ser det som ønskelig å legge disse oppgavene til Diakonhjemmet. Diakonhjemmet arbeider med å frigjøre lokaler til dette, jfr. kap. 730, post 67.

Rikshospitalets senter for ortopedi (RSO)

RSO består av to bygninger; Kronprinsesse Märthas Institutt og Sophies Minde. Sophies Minde eies av Stiftelsen Sophies Minde mens KMI eies av staten.

Etterbruken av disse bygningene vurderes i samarbeid med Statsbygg og stiftelsen.

Nasjonalt medisinsk museum

Sosial- og helsedepartementet arbeider med å vurdere mulighetene for å etablere et nasjonalt medisinsk historisk museum i lokaler i Rikshospitalets bygninger.

5. Satsingsområder for 1999

Rikshospitalets fremste utfordring vil bli flyttingen til Gaustad, jfr. punkt 4 foran. Rikshospitalets fremste oppgave er å oppfylle de prioriterte nasjonale helsepolitiske målene innenfor fastsatte rammer med økende krav til kvalitetssikring av helsetjenestene.

Samtidig blir ett av sykehusets mål å sørge for overordnet styring som gir medisinsk og økonomisk kontroll. Det vil bli lagt vekt på videreutvikling og kvalitetssikring av IT-systemene for å sikre god økonomistyring.

Barn med hypoplastisk venstre hjertesyndrom (HVHS)

Det er vedtatt at behandlingen av disse barna skal legges til Rikshospitalet. Det er startet et samarbeid med amerikanske spesialister hvor både leger og sykepleiere fra hospitalet er med på behandling av de norske barna i USA. Planen er at virksomheten skal foregå ved Rikshospitalet etter innflytting i nytt bygg på Gaustad.

Lands- og flerregionale funksjoner, høykostmedisin

Rikshospitalet skal fortsatt prioritere høyspesialiserte funksjoner, lands- og flerregionale funksjoner.

Rikshospitalet skal tilfredsstille behovene i helseregion 2 og inngå i et utvidet samarbeid med sykehusene i regionen både faglig og administrativt.

Rikshospitalet vil også være et kompetansesenter for kvalitetsutvikling i helseregion 2.

Rikshospitalet har sammen med de andre regionsykehusene et ansvar for å utvikle nye behandlingsformer, samt fange opp nye trender i den medisinske utviklingen innenfor medisinsk behandling, undervisning og forskning.

Fra de kliniske avdelinger er det en økende etterspørsel etter tjenester fra postoperativ/intensivavdelingen. Som et uttrykk for at pasientene også er "tyngre" øker antall pasienter med behov for respiratorbehandling.

Antallet nevrokirurgiske operasjoner har økt betydelig.

Rikshospitalet har opprettet en enhet for medisinsk genetikk. Mange av hospitalets pasienter har genetiske betingede sykdom og lidelser. Behovet for diagnostikk og utredning, tolking av analysesvar og veiledning av pasienter og pårørende er derfor stort.

6. Merknader og resultatmål til budsjettforslaget for 1999.*Innsparing*

I forbindelse med behandling av St.prp. nr. 63 (1996-97) ble driftsrammen for nytt rikshospital satt til 1 618 mill. kroner (1997 kroner) som innebærer et innsparingskrav på ca. 80 mill. kroner i år 2000 i forhold til SIII 1997..

En del av sykehuset blir ikke ferdig før i løpet av år 2000. Det vil derfor være for tidlig å oppnå full effektiviseringsgevinst på 80 mill. kroner i år 2000. Det ble i St.prp. nr. 1 (1997-98) fastsatt innsparingskrav på 50 mill. kroner i år 2000 og skal økes til 80 mill. kroner i år 2001. Det forutsettes at det nye sykehuset skal behandle like mange pasienter som i 1997. Innsparingskravet og tidspunkt for iverksettelse er fastsatt i forhold til hovedflytting 16.-17. januar 1999. Departementet tar forbehold om endringer når nytt flyttetidspunkt er fastsatt.

Budsjettet for 1999

Budsjettet for 1999 er beregnet utifra hovedflytting 16. - 17. januar og redusert aktivitet på 11 pst. Når endelig tidspunkt for flyttingen er fastsatt vil det bli foretatt en full gjennomgang av konsekvensene for 1999-budsjettet, jfr. omtale under pkt. 4

Resultatmål 1999

	Resultatmål 1998	Resultatmål 1999
Antall senger.....	691	585 ¹⁾
Antall kurdøgn.....	201 200	179 300
Antall innst. opphold.....	33 200	29 500
Derav dagopphold	6 900	5 900
Antall DRG-poeng.....	41 480	36 900
Polikliniske konsultasjoner og behandling	132 500	102 600

1) Taller er eks. Berg Gård

Hovedprofilen i budsjettforslag for Rikshospitalet

Beregningen av statstilskuddet på 1 149 mill. kroner tar utgangspunkt i årskapasitet på 201 000 kurdøgn og 33 000 innleggelser, dvs. den kapasitet som nytt Rikshospital på Gaustad er beregnet til. Fra dette reduseres produksjonen som følge av selve flyttingen. Utgifts- og inntektsrammen for 1999 er derfor beregnet ut fra en produksjon på 179 300 kurdøgn, 29 500 innleggelser og 102 600 polikliniske konsultasjoner.

Rikshospitalets reduserte aktivitet i flytteåret vil medføre at inntektsrammen for 1999 ikke vil være som for et fullt driftsår. Endringer i produksjonen og produksjons-prosessene kan medføre finansielle dreininger på inntektssiden. Det er tatt forutsetning om honorering ut fra foreslått produksjonsvolum uten at det er lagt inn marginer for skisserte risikoforhold. Det er imidlertid gjort grove vurderinger av inntektssiden ut fra takster og honorering av inneliggende, dagpasienter og tung/lett poliklinisk behandling.

Om den ekstraordinære risikoen i 1999

Et årsbudsjett har vanligvis trygg empirisk forankring i forrige års regnskap og inneværende års budsjett, samt bygger på konkrete endringsforslag for budsjettåret. RH's budsjett for 1999 vil bare i begrenset grad ha en slik historisk trygghet. Omlegging til mer dagbehandling og poliklinikk, bruk av det nye sykehotellet, ny organisering av operasjonsaktiviteten, poliklinikkene, instrumentsterilisering og flere "tekniske" senger er endringer som krever innkjøring. I tillegg kommer selve flyttingen, og usikkerheten rundt dette. Alt dette betyr ekstra usikkerhet både produksjonsmessig, og derved også finansielt. Derfor er det betydelig større usikkerhet knyttet til dette budsjettet enn det normalt vil være.

Forutsetning om beleggsprosent (hovedregel 80 pst. av normerte senger).

Den gjennomsnittlige beleggsprosenten i 1997 var knapt 70. I det nye sykehuset er det lagt til grunn en forutsetning om 80 pst. gjennomsnittlig belegg. I 1997 oppnådde kun Hudavdelingen og RSO dette nivået. God driftsplanlegging og utnyttelse av et høyere antall tekniske senger enn i dag skal gjøre det realistisk for RH å oppnå ca. 80 pst. gjennomsnittlig belegg av normerte senger.

Sengetallet i NRH og forutsetningene om utnyttelse gir grunnlag for ca. 200 000 kurdøgn.

Det nye sykehuset er planlagt for ca. 33 000 innleggelser pr. år. I 1997 var dette tallet 37.930 (inkl. Berg gård). Berg gård endret registreringsmåte i 1997. Det vises til tabell foran. Det har de siste årene vært en vridning til mer dagbehandling. Antall behandlede pasienter forutsettes opprettholdt på 1997-nivå med færre antall senger pga. dette.

Brutto driftsutgifter – grunnlag for tilskudd

Post 50 Statstilskudd

Pr. 30. juni 1998 var det 3 560,46 besatte stillinger ved Rikshospitalet.

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 3 386,5 pr. 1. oktober 1996 og 3 541 pr. 1. mars 1998.

Følgende endringer er lagt inn i 1999:

- 4,3 mill. kroner er overført til Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet i forbindelse med at medisinsk bibliotek ved RH overføres til Universitetet i Oslo.
- Det er lagt inn et generelt kutt på 5,3 mill. kroner.
- Post 50 er økt med 44 mill. kroner i forbindelse med flytting til nytt rikshospital.
- Bevilgningen i 1998 på 9,5 mill. kroner i forbindelse med barn med hypoplastisk venstre hjertesyndrom videreføres i 1999, jfr. St.prp. nr. 28 (1997-98).
- Tidligere post 45 er beregnet inn i tilskuddet med 59 mill. kroner i 1999.

Brutto driftsinntekter – grunnlag for tilskudd

Ved fastsettelse av tilskuddet på post 50 er følgende hensyn tatt:

- Tidligere post 02 er redusert med 9,5 mill. kroner i forbindelse med flytting.
- Reduksjonene på tidligere post 04 og 60 er henholdsvis 54,6 mill. kroner og 37,9 mill. kroner.

Gjestepasientpriser

Kurdøgnpriser 1999 fastsettes i eget rundskriv og ses i sammenheng med DRG refusjonen.

Rikshospitalets senter for ortopedi er plassert i gruppe III.

Revmatismesykehuset og Berg gård er plassert i gruppe I.

På Rikshospitalet benyttes alle priskategorier og det er forutsatt egen pris for transplantasjoner, i tillegg til ordinær kurdøgnpris. Det er også for Rikshospitalet forutsatt egne normerte priser for hjerteoperasjoner/PTCA-behandling.

KAP. 733 NASJONALT RÅD FOR SPESIALISTUTDANNING AV LEGER

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter			4 500
	Sum kap. 0733			4 500

Spesialistutdanning og fordeling av leger

Det legges opp til en sterkere statlig styring med spesialistutdanning (videre- og etterutdanning) av leger, bl.a. gjennom opprettelse av et nasjonalt råd. Bakgrunnen er St.meld. nr. 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet - Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste, jfr. Innst.S. nr. 237 (1996-97).

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger ble oppnevnt ved regjeringsresolusjon av 3. september 1998. Rådet er rådgivende for staten i alle overordnede spørsmål som angår gjennomføringen av- og kvaliteten på spesialistutdanning. Partene som er sentrale i spesialistutdanningen av leger samt en representant for pasientene er representert i rådet. Nasjonalt råd vil også gi råd i nasjonale legefördelingspørsmål. Forslag til ny ordning for legefördeling fremmes i Ot.prp. 1998-99 Om lov om endringer i folketrygdloven og i enkelte andre lover (Samleproposisjon høsten 1998).

Budsjettforslag for 1999

Departementet har under etablering et sekretariat for Nasjonalt råd. Sekretariatet vil bli organisert slik at både hensynet til rådets/sekretariatets uavhengighet og en hensiktsmessig administrativ ordning blir ivaretatt.

Det foreslås bevilget 4,5 mill. kroner til drift av råd og sekretariat. Til å lede sekretariatet opprettes det en stilling som direktør.

KAP. 734 DET NORSKE RADIUMHOSPITAL

(jfr. kap. 3734)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	656 813	626 400	
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	29 534	38 000	
50	Statstilskudd			278 800
89	Renter	727	5 200	
90	Avdrag på lån	6 836	11 600	
	Sum kap. 0734	693 910	681 200	278 800

Bevilgningsforslaget for 1999 er redusert teknisk som følge av overgang til nettobudsjettering.

Statstilskuddet for 1999 tilsvarer differansen mellom et utgiftsnivå på 709,2 mill. kroner og et inntektsnivå på 430,4 mill. kroner.

Overføringer fra 1997 til 1998:

Post 01: 18 098 000 kroner

Post 45: 12 061 000 kroner

KAP. 3734 DET NORSKE RADIUMHOSPITAL

(jfr. kap. 734)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
02	Salgs- og leieinntekter	111 009	71 000	
04	DRG-refusjon	26 822	115 120	
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	675		
16	Refusjon fødselspenger	9 126		
17	Refusjon lærlinger	80		
60	Refusjon fra fylkeskommuner	304 244	228 560	
Sum kap. 3734		451 956	414 680	

Det vises til pkt. 5 Merknader til budsjettforslag for 1999 for omtale av budsjettpostene.

Det foreslås innført nettobudsjettering for Radiumhospitalet fra 1999. Det innebærer at det bevilges et netto driftstilskudd på kap 734 post 50 for 1999. Departementet legger til grunn at ubrukte bevilgninger i 1998 overføres til 1999, jfr. romertallsvedtak nr. VI-2. Omleggingen er nærmere beskrevet under kapittel 4.

1. Formål og hovedprioriteringer

Det Norske Radiumhospital (DNR) omfatter selve hospitalet og Institutt for kreftforskning. Instituttets budsjett er inkludert i DNRs budsjettforslag med ca. 40 mill. kroner.

Det norske Radiumhospital er landets spesialsykehus for diagnostikk, behandling, pleie og omsorg ved kreftsykdom. Sykehuset er universitetssykehus og skal drive forskning på høyt internasjonalt nivå, og være en drivkraft i forebygging av kreft og rehabilitering av kreftpasienter.

DNR har som hovedmål å:

- være *referanseinstitusjon* innen kreftdiagnostikk, -behandling og -pleie, herunder være kompetansesenter for visse former for gynekologisk kreft og sjeldne former for ben- og bindevevskreft,
- dekke behovet for *diagnostikk, behandling og omsorg* på regionnivå for pasienter fra helseregion 2, Hedmark og Oppland, deler av behovet i Oslo og helseregionene 3,4 og 5, herunder enkelte flerregionale funksjoner og landsfunksjoner,
- *forebygge* kreft og bidra til *tidlig diagnostikk* ved rådgivning overfor myndighetene, for utsatte familier og grupper, samt ved deltagelse i masseundersøkelser,
- drive *grunnforskning* og *anvendt forskning* på høyt internasjonalt nivå innen felter relatert til kreft og kreftbehandling,
- være *universitetsinstitusjon* og ha undervisningsoppgaver innen grunnutdanning, spesialistutdanning, samt videre- og etterutdanning.

DNR skal gi konsultativ bistand og opplæring til sykehusene i egen region, til de andre regionsykehusene og til primærhelsetjenesten.

Departementet har godkjent opprettelse av en stråleterapienhet ved Vest-Agder sentralsykehus og inngått en intensjonsavtale med Vest- og Aust-Agder om finansiell bistand til etableringen. Enheten skal være faglig styrt fra DNR, og en del av personalet vil for en periode på 3 år være ansatt ved DNR. Avtalen skal evalueres etter 3 år.

2. Resultatrapport 1997

DNR har hatt en relativt stabil aktivitet i 1990-årene. Endringer i aktivitet har sammenheng med en rekke forhold som tilgang på fagpersonell, budsjetttrammer, investeringer, bygninger og endringer i pasientbehandling.

2.1 Diagnostikk og behandling

2.1.1 Innlagte pasienter

Aktivitetsstall innlagte pasienter

	Resultat 1995	Resultat 1996	Mål 1997	Resultat 1997
Antall kurdøgn	113 042	116 157	116 100	111 620
Innlagte pasienter ialt	5 333	5 357	5 600	5 327
- herav nyinnlagte.....	3 243	3 254	-	3 314
Sykehusopphold	11 656	12 323	11 900	12 023
Stråleterapi, behandlingsserier	2 940	3 040	-	2 900
Operasjoner	1 907	1 984	-	1 856
Høydosebehandling med stamcelle	42	31	-	41

Året 1997 fikk en spesiell start pga. den såkalte "strålesaken" ved DNR, jfr. omtale under punkt 3. Fokus ble i denne saken rettet mot faglige spørsmål, men også mot ressursituasjonen. Aktivitetsnivået ble av Styret for DNR anbefalt satt ned.

Aktiviteten for *inneliggende* pasienter gikk noe ned i forhold til 1996. Det ble tatt inn noe flere nye pasienter i løpet av året. Antall *stråleterapiserier* viser en reduksjon og relateres til at DNR ikke fikk rekruttert nødvendig antall stråleterapeuter. Antall operasjoner gikk ned som følge av høyt sykefravær.

Ventetiden for innleggelse ved DNR er normalt 2-4 uker. Ventetiden økte i 1997, men det ble ikke registrert brudd på venteliste- og behandlingssgarantiene.

Planlegging av *stråleterapi-enhet i Agder-regionen* ble startet for fullt i slutten av 1997.

2.1.2 Poliklinisk virksomhet

Polikliniske undersøkelser og behandling

	Resultat 1995	Resultat 1996	Mål 1997	Resultat 1997
Antall konsultasjoner i alt	23 839	22 534	22 000	22 400
- herav nyhenviste pasienter	1 267	1 237		1 305
- herav videre behandling og kontroller	22 572	21 297		21 095
Strålebehandling, fremmøter	20 544	20 509	21 500	20 605
Frammøter totalt	44 383	43 043	43 500	43 005

Totalt antall *konsultasjoner/behandlinger* har vært på omtrent samme nivå i 1997 som i 1996. Antall nye pasienter økte og den *fotodynamiske behandlingen* av hudkreft økte med 17 pst. Antall *polikliniske stråleterapipasienter* økte med 0,5 pst.

2.1.3 Kvalitetssikring

DNR arbeider i tråd med nasjonal strategi for kvalitetsutvikling av helsetjenestene. Sykehuset har gjennomført dokumentasjon av tverrgående rutiner i et felles kvalitetssystem som revideres jevnlig. De fleste avdelinger er ferdige eller godt i gang med dokumentasjon av avdelingsinterne rutiner. Kontinuerlig forbedringsarbeid pågår også på bakgrunn av avviksmeldinger. Det er skjedd en forbedring av meldepraksisen som gjør det lettere å avdekke systematiske avvik og tendenser. En brukerundersøkelse med spørreskjemaer til 2000 inneliggende og 2000 polikliniske pasienter er avsluttet i april 1998. Resultatene er under bearbeiding.

2.2 Rådgivningsvirksomhet og analyser av innsendte prøver

DNR bidrar til kreftbehandlingen ved andre sykehus gjennom rådgivningsvirksomhet og analyser av innsendte prøver. Kreftspesialister fra DNR reiser ut til sykehusene i regionen. Dette er evaluert med positivt resultat, etterspørselen er økende og noen flere sykehus har fått konsulentordning.

Antall analyser av innsendte prøver til DNR

	Resultat 1995	Resultat 1996	Resultat 1997
Biokjemiske cancermarkører på blodprøver (*)	49 262	53 767	56 469
Cytologiske prøver (celleprøver)	46 709	46 886	44 141
Histologiske prøver (vevsprøver)	25 171	23 907	23 319
Cytogenetisk diagnostikk (kromosomanalyser)	366	420	517

(*) Omfatter også prøver fra polikliniske pasienter ved DNR.

Økningen for *biokjemiske cancermarkører* skyldes hovedsakelig at DNR har kunnet ta i mot flere analyser vedrørende gynekologiske kreft etter at DNR selv har utviklet egne rimeligere reagenser. Reduksjonen i *cytologiske og histologiske* prøver er et ledd i en planlagt omlegging til mer spesialiserte tjenester. Bruken av telemedisinske tjenester, *telepatologi*, er utvidet.

2.3 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.

Tilbudet innen *genetisk veiledning* gis til familier med arvelig brystkreft, eggstokk-kreft og tarmkreft. Det tilbys nå også *gentesting* for å få en nærmere avklaring av hvilke personer i familiene som har stor risiko for de aktuelle kreftformene. Over 3.000 personer er nå under oppfølging. Det ble det i 1997 satset på genetisk veiledning *uten* fremmøte for å få ferdigbehandlet flere saker. Man holdt dermed tritt med etterspørselen, men man fikk ikke ferdigbehandlet alle gamle saker.

Mammografiscreening i Akershus ble gjennomført i henhold til revidert prosjektplan.

2.4 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 samarbeider nært om utprøving av diagnostikk og behandling av pasienter.

I 1997 ble det avlagt 10 nye doktorgrader med utgangspunkt i forskningen ved DNR.

I 1997 ble det igangsatt 26 nye kliniske forsøk. Det har blitt utviklet og prøvet nye *kreftvaksiner* ved tykktarmskreft, *fotokjemisk* behandling ved strupekreft, *frysebehandling* ved prostatakreft og bruk av *radioaktive isotoper* for å utsette eller dempe smerter. I 1998 blir det startet nye studier innenfor *genterapi ved kreft*. På området diagnostisering av *mikrometastaser* (rester av kreftceller i blod og benmarg) var innsamling og testing av materiale vedrørende brystkreft fortsatt hovedaktiviteten. DNR samarbeider med Ullevål sykehus, Rikshospitalet og en rekke sentralsykehus.

Det ble også drevet *teknisk orientert forskning og utvikling* av avansert apparatur til diagnostikk, behandling og forskning. Både på dette området og innenfor de øvrige forskningsområder resulterte dette i *patenter og utvikling av industriprodukter*.

Forskningsutgiftene økte fra 37,6 mill. kroner i 1995 til 43,9 mill. kroner i 1997. I tillegg til dette ble det etter tilskudd fra SHD brukt 13,8 mill. kr i 1997 til utprøvende behandling og forskning mot 11,1 mill. kr i 1996.

2.5 Undervisning

DNR er universitetsklinikk og hadde ansvaret for bl.a. den kreftrelatert undervisning for medisinerstudentene ved Universitetet i Oslo. Gjennom professor II-tilknytninger er DNR dessuten engasjert i utdanning av realister ved universitetet i Oslo, sivilingeniører ved NTNU og fysikere ved Universitetet i Tromsø. Antall undervisningstimer økte betydelig som følge av ny studiplan for *medisinerstudenter*.

Videre økte antall årsverk i *utdanningsstillinger* for leger og *forskerutdanningsstillinger* i 1997.

Stor pågang av søkere til stråleterapeut utdanning for skoleåret 1997/98 førte til utvidet kull med 24 elever, mot tidligere 10-15 elever i hvert kull.

Utførte undervisningstimer og årsverk i utdanningsstillinger

	Resultat 1995	Resultat 1996	Resultat 1997
Utførte undervisningstimer ¹⁾	2 900	2 850	3 675
Årsverk i utdanningsstillinger			
- assistentlegestillinger	35	34	40
- forskerutdanningsstillinger ²⁾	46	50	59
- utdanningsstillinger forøvrig.....	13	13	14

¹⁾ Omfatter ikke alle fagområder. Forberedelsestid beregnet i henhold til UiO-normer.

²⁾ Hovedsaklig doktorgradstipendiater.

3. Tilstandsvurdering

Antall nye krefttilfeller øker med 1-3 pst. i året. Økningen er mest markert for enkelte av de store diagnosegruppene, som lungekreft, brystkreft og kreft i urinveier og tarmar.

For en nærmere beskrivelse av utviklingen i antall krefttilfeller m.v. vises det til tilstandsvurderingen under kap. 716 Kreftregisteret.

Den betydelige økningen i antall nye tilfeller og i antall pasienter som er under behandling, kontroll eller rehabilitering, vil kreve en planmessig utbygging av helsetilbudet i årene fremover.

For flere store pasientgrupper er helbredelsesmulighetene begrenset. Det er derfor et stort behov for fortsatt videreutvikling av eksisterende metoder innen diagnostikk og behandling, og utprøving av og forskning på helt nye metoder for kreftbehandling.

Mulighetene til forbedret overlevelsesprosent ved hjelp av *tidligdiagnostikk* kan økes ytterligere ved utbygging av tilbudene innen genetisk veiledning og mammografiscreening. De medisinske mulighetene for *lindrende strålebehandling* er ikke fullt utnyttet på grunn av for få maskiner, legespesialister og stråleterapeuter. *Utdannelseskapasiteten* er en begrensende faktor til forbedring av diagnostikk- og behandlingstilbud i regionen. Det *telemedisinske* tilbudet i regionen er under oppbygging, men omfatter fortsatt ikke flertallet av sykehusene og ikke konsulenttjenester innen radiologi.

I henhold til behandlingen av St.meld. nr. 37 (1997-98) vil den nye helseregioninndelingen på Sør-Øst-landet på kort sikt ikke føre til endringer i sykehusets pasientgrunnlag. Endringer i pasientstrømmene vil eventuelt kunne skje som en følge av samordningsprosessen mellom regionsykehusene i Oslo, hvor forhandlinger starter høsten 1998.

På grunnlag av DNRs redegjørelse i stråleskadesaken ble det opprettet et utvalg i regi av Sosial- og helsedepartementet (St. prp. nr. 63 (1996-97)) for vurdering av de erstatningsrettslige konsekvenser av denne saken. Utvalget avgav sin rapport april 1998. Regjeringen vil komme tilbake til oppfølgingen av denne saken i nær fremtid.

4. Satsingsområder og resultatmål for 1999

DNRs fremste oppgave er å oppfylle de prioriterte nasjonale helsepolitiske målene innenfor fastsatte rammer med økende krav til kvalitetssikring av helsetjenestene.

4.1 Nasjonal kreftplan og kreftsatsing

I St prp nr 61 1997-98 om Nasjonal kreftplan uttales det at DNR er både nasjonal og internasjonal referanseinstitusjon og får i økende grad henvist pasienter til fornyet vurdering (second opinion).

Stråleterapikapasiteten skal økes ved DNR. Det etableres ett ekstra ettermiddagsskift for å øke stråleterapikapasiteten ved en strålemaskin. Det vil øke antall pasienter som får stråleterapi og det legges opp til økt andel poliklinisk utredning og behandling.

Det er i kreftplanen bevilget midler i 1999 til stråleterapibunkere og stråleterapiutstyr. I dette inngår også DNR. Kreftplanen er videre omtalt under kap. 739 post 65.

4.2 Omlegging til nettbudsjettering

En arbeidsgruppe i Sosial- og helsedepartementet bestående av bl.a. representanter fra styrene og ledelsen ved Rikshospitalet og Radiumhospitalet har i 1998 arbeidet videre med

forslag til omlegging av budsjetteringsmåte for de 2 statssykehusene. Utgangspunktet for arbeidet er beskrevet i St.prp. nr. 1 (1997-98) og i St.prp. nr. 65 for 1998. Forslagene til omlegginger bygger på eksisterende regelverk utarbeidet for forvaltningsorganer med særskilte fullmakter, hvor de årlige bevilgninger tildeles over post 50.

- I budsjettet for 1999 foreslås det ett netto tilskuddsbeløp på kap. 734 post 50. Dette beløpet tilsvarer differansen mellom brutto utgifter på post 01 og post 45 og brutto inntekter. Omleggingen forutsetter unntak fra Bevilgingsreglementets § 4 om Brutto prinsippet. Det vises til Romertallsvedtak nr. VI-1. Overgangen til nettobudsjettering vil innebære flere endringer i forhold til nåværende budsjetteringsmåte og regnskapsrutiner;
- Sykehusene beholder overskudd og vil måtte dekke eventuelle underskudd. Eventuelt overskudd kan fritt avsettes til drift eller investeringer.
 - Statens standard kontoplan for post 01 er ikke aktuell. Sykehusene vil stå fritt ved valg av kontoplan og skal ikke rapportere til statsregnskapet. Kravene til internregnskapet omfattes av Økonomireglementets regler.
 - Overgang til 50-post-institusjoner innebærer at sykehusene må foreta avsetninger til framtidig dekning av feriepengar og arbeidsgiveravgift til folketrygden, samt avsetning av forskuddsinnbetalinger. Konsekvenser av disse endringer skal utredes nærmere og departementet vil komme tilbake til nødvendige justeringer i 1999.
 - Departementet forutsetter at ansatte ved sykehusene fortsatt skal være statstjenestemenn.
 - Bevilgning til lønns- og prisstigning foreslås som hovedregel fastsatt i St.prp. nr. 1. I 1999 foreslår departementet at justeringen foretas høsten 1999.

Departementet vil ta opp nødvendige endringer i rapporteringsrutiner og eventuelle endringer i fullmakt i tildelingsbrevene til de to sykehusene. Reformen innebærer isolert sett ingen endring hverken i inntekter eller produksjon ved sykehuset.

4.3 Gjennomgang av prosedyrekodeverk og DRG-systemet

Radiumhospitalet inngår i Innsatsstyrt finansiering som ble iverksatt fra 1. juli 1997. Det gis DRG-refusjon for innleggende pasienter. Sosial- og Helsedepartementet arbeider kontinuerlig med forbedring av DRG-systemet. For å tilpasse DRG-systemet til ikke-kirurgisk kreftbehandling ble det våren-97 satt ned en arbeidsgruppe for å bistå SHD i dette arbeidet. Arbeidsgruppen har utarbeidet forslag til nye prosedyrekoder, og kodeverket er til utprøving ved stats- og regionsykehusene og skal evalueres høsten 1998. Evalueringen vil avgjøre det videre arbeidet med løsningen.

4.4 Diagnostikk og behandling

Resultatmål 1998/99, Diagnostikk og behandling

	Resultatmål 1998	Resultatmål 1999
Kurdøgn.....	114 500	115 250
Innlagte pasienter	5 600	5 500
Sykehusopphold	11 900	11 900
Polikliniske fremmøter	43 500	45 500
DRG-poeng	11 600	11 600

Antall kurdøgn økte med 750 på bakgrunn av større kapasitet for kirurgisk behandling fra høsten 1998. Antall pasienter, innleggelser og DRG-poeng er ikke økt. DNR legger opp til at en større andel av stråleterapien skjer poliklinisk, og resultatmålet for polikliniske konsultasjoner og behandling er økt som følge av dette. Målsettingen er å øke antall stråleterapiserier til 3.400 på årsbasis, dvs. med 13 % i forhold til nivået i perioden 1994-96 for å øke behovsdekningen for lindrende behandling.

Det ble i 1998 bevilget midler til utskiftning av en stråleterapimaskin som gir ytterligere noe kapasitetsøkning fra år 2000. DNR har startet arbeidet med et byggeprogram for stråleterapibunkere og tilhørende service- og hotellfunksjoner som muliggjør en utvidelse av antall stråleterapimaskiner fra 9 til 12. De nødvendige fasiliteter for økt utdanning av stråleterapeuter må sikres gjennom byggeprogrammet.

DNR følger opp målsettingene i den nasjonale strategien for kvalitetsutvikling i helsetjenesten.

4.5 Rådgivningsvirksomhet og analyser av innsendte prøver

DNR tar sikte på å øke bistanden til fylkessykehusene, dels ved at flere konsulenter reiser ut og dels ved å etablere nye tilbud over telemedisinnett.

4.6 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 på oppdrag fra Akershus fylkeskommune ha det faglige ansvaret for mammografiscreening i fylket og drive screening-senteret.

DNR vil bidra til oppfølging og etterundersøkelser i forbindelse med genetisk veiledning og screening, slik at disse gruppene får et faglig tilfredsstillende tilbud.

4.7 Forskning, utvikling og kompetansesenterfunksjoner

Det er et sentralt mål å opprettholde satsingen på forskning. DNR tar sikte på å organisere den kliniske forskningen bedre slik at man får bedre og etterhvert flere prosjekter og publikasjoner. Det er også en målsetting å få etablert en forskningsgruppe spesielt for stråleterapi.

Statsbygg igangsatte i 1997 et forprosjekt for undervisnings- og forskningsbygg på Vestenghaugen. Det er avsatt midler til prosjektering i 1999 (jf kap. 739, post 65).

4.8 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 er utdanningskapasiteten opprettholdt fra skoleåret 1997/98 til 1998/99. Fra skoleåret 1998/99 vil DNR også øke videreutdanningen innen onkologisk sykepleie. Innenfor spesialistutdanningen for leger er målsettingen å øke utdanningskapasiteten og å øke mulighetene for fordypning. Antall forskerutdanningsstillinger er avhengig av den eksterne finansieringen av forskningsprosjekter.

Resultatmål 1999. Undervisning

	Resultatmål 1999
Undervisningstimer	3 700
Årsverk i utdanningsstillinger	
- assistentlegestillinger	44
- forskerutdanningsstillinger.....	55
- utdanningsstillinger forøvrig.....	14

5. Merknader til budsjettforslaget for 1999

Med nettbudsjettering bortfaller tidligere omtale av utgifts- og inntektsposter. DNR vil imidlertid holde oversikt over dette i sitt internregnskap.

Post 50 Statstilskudd

Antall årsverk i følge det sentrale tjenstemannsregisteret var 1 185 pr. 1. oktober 1996 og 1 249 pr. 1. mars 1998.

Konsekvenser av lønnsoppgjørene i 1998 er innarbeidet i budsjettforslaget for 1999. I St.prp. nr. 61 (1997-98) ble tidligere post 45 styrket med 60 mill. kroner i 1998 til 2 MR-maskiner og annet utstyr i forbindelse med kreftplanen.

DNR er styrket med 8 mill. kroner til større anskaffelser og vedlikehold i 1999. DNR er styrket med 4 mill. kroner for å øke strålekapasiteten.

Kurdøgnpris for 1999 fastsettes i eget rundskriv og ses i sammenheng med DRG-refusjonen. For Radiumhospitalet benyttes priskategorier I og II og det er egen pris for transplantasjoner i tillegg til ordinær kurdøgnpris.

KAP. 735 STATENS SENTER FOR EPILEPSI

(jfr. kap. 3735)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	112 710	112 060	118 700
30	Nybygg, <i>kan overføres</i>	464		
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	1 042	750	2 760
	Sum kap. 0735	114 216	112 810	121 460

Overføringer fra 1997 til 1998:

Post 45: 106 000 kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

Statens senter for epilepsi (SSE) skal ha landets høyeste kompetansenivå innen epilepsi og har som formål å forebygge, utrede og behandle epilepsi og de tilleggsproblemer som epilepsien medfører.

SSE er spesialsykehus, forsknings- og kunnskapssenter, med landsfunksjoner for avansert utredning og behandling av epilepsi. Landsfunksjonen for epilepsikirurgi er i samarbeid med Rikshospitalet, som foretar inngrepene.

Senteret utfører integrert tverrfaglig utredning og behandling av epilepsi og epilepsilignende anfall og de ledsagende medisinske og psykososiale problemer. Dette omfatter også for- og ettervern, poliklinisk virksomhet og virksomhet ved laboratoriene for klinisk farmakologi, nevrofysiologi og nevropsykologi.

Den utadrettede virksomheten omfatter rådgivnings-, kurs- og opplysningsvirksomhet overfor de ulike nivåer i helsevesenet og overfor pasienter, pårørende og andre som er involvert i problemstillinger knyttet til epilepsi. Videre gis det undervisning på høyskole- og universitetsnivå. Senteret driver metodeutvikling og forskning, både selvstendig og i samarbeid med andre forskningsmiljøer.

2. Resultatrapport 1997*Resultatmål for SSE:*

Resultatmål	Resultat 1995	Resultat 1996	Resultat 1997	Mål 1998
Antall kurdøgn.....	23 762 ¹⁾	24 112 ¹⁾	24 651 ¹⁾	24 525
Gjennomsnittlig liggetid.....	23	22,1	23,7	25
Utskrevne pasienter	1 033	1 095	1 230	1 100
Poliklinikk:				
Antall konsultasjoner.....	1 409	1 285	1 429	1 050
Antall pasienter.....	797	794	880	600
Sengeutnyttelse i pst. ²⁾	74,83	76,1	77,6	77,00
Undersøkelser klinisk-kjemisk laboratorium	38 278	36 287	37 431	37 000
Undersøkelser klinisk- nevrofysiologisk lab.	3 279	3 565	3 516	3 300

¹⁾ I tillegg kommer dagpasienter: 146 døgn i 1995, 178 døgn i 1996 og 202 døgn i 1997

²⁾ Beregnet ut i fra 87 av 95 normerte senger i drift.

SSE hadde større produksjon enn budsjettet i 1997.

3. Tilstandsvurdering

SSE melder om en økende pågang av pasienter.

4. Satsingsområder og mål for 1999

Hovedmålene er å opprettholde og forbedre nivået på behandling, forskning og metodeutvikling innefor budsjettrammen.

5. Merknader til budsjettforslag for 1999

Ved budsjettbehandlingen for 1998 styrket Stortinget SSEs budsjett med 2 mill. kroner til kompetansesenterfunksjoner for pasienter med tuberøs sklerose og liknende tilstander der epilepsi er en fremtredende problemstilling. Budsjettet er i forslaget for 1999 ytterligere styrket med 1,7 mill. kroner til drift og husleie i forbindelse med denne funksjonen. I tillegg er inntekter for salg av tomt på institusjonens grunn avsatt til utbedring av lokaler til denne funksjonen.

Departementet er i ferd med å gjennomgå organiseringen av SSE. I denne sammenheng blir mulige tilknytningsformer til Rikshospitalet vurdert. Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 210,6 pr. 1. oktober 1996 og 217 pr. 1. mars 1998. Det er innarbeidet 2 mill. kroner i forbindelse med plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus.

KAP. 3735 STATENS SENTER FOR EPILEPSI

(jfr. kap. 735)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
02	Salgs- og leieinntekter	7 505	5 270	5 400
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	620		
16	Refusjon fødselspenger	1 400		
17	Refusjon lærlinger	467		
60	Refusjon fra fylkeskommuner	68 981	69 230	71 000
	Sum kap. 3735	78 973	74 500	76 400

Post 02 Salgs- og leieinntekter

Inntektene gjelder poliklinisk virksomhet, inntekter fra laboratorier mv. Eventuelle inntekter ("merinntekter") ut over det budsjetterte gir anledning til tilsvarende økte utgifter. På denne måten har etaten anledning til å øke aktiviteten.

Post 60 Refusjon fra fylkeskommuner

Gjestepasientprisen for SSE er regionsykehuspris gruppe I (laveste takst). Det er lagt til grunn 24 525 kurdøgn årlig. Også under denne posten gir eventuelle "merinntekter" anledning til økt aktivitet. SSE har ikke innsatsstyrt finansiering.

KAP. 737 BARNESYKEHUS
(jfr. kap. 3737)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	46 998	49 820	43 000
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	66	400	400
	Sum kap. 0737	47 064	50 220	43 400

Overføringer fra 1997 til 1998:

Post 01: 2 418 000 kroner

Kapitlet omfatter barnesykehusene Geilomo og Voksentoppen. Hokksund barnesykehus ble avviklet fra 1. juni 1998. Det vil imidlertid kunne påløpe utgifter til bl.a. ventelønn i de nærmeste årene.

Fra og med 1996 ble finansieringen av 6 institusjoner, herunder de 3 barnesykehusene lagt om, jfr. Stortingets behandling av St.meld. nr. 50 (1993-94) Samarbeid og styring og behandlingen av statsbudsjettet for 1996. Det ble ved omleggingen lagt vekt på at det ikke er formålstjenlig å bygge opp spisskompetanse i fylkene på disse oppgavene. Intensjonen var videre å sikre tilstrekkelig pasientgrunnlag og legge til rette for en utjevning av fylkenes bruk av institusjonene. Den statlige finansiering ble økt, slik at gjestepasientbetalingen dekker ca. 10 pst. av kostnaden ved oppholdet. Etterspørselen etter plasser på Voksentoppen og Geilomo økte.

Retningslinjer for felles inntakskomite ved sykehusene Voksentoppen, Geilomo samt behandlingsreiser er under utarbeidelse.

GEILOMO

	Regnskap 1997	Budsjett 1998	Forslag 1999
Driftsutgifter og investeringer.....	13 423	14 457	14 760
Inntekter	1 600	1 380	1 425

Det vises også til hovedtabell med fordeling på post for kap. 737 og 3737.

1. Formål og hovedprioriteringer

Geilomo barnesykehus eies av Norges astma- og allergiforbund og drives av staten. Sykehuset tilbyr opphold for barn i alderen 2-15 år med astma og allergi. Sykehuset har barnehage, svømmehall og aktivitetshall og er beliggende på et 45 mål stort område med muligheter for uteaktiviteter. Geilomo skole, som er tilknyttet sykehuset, er underlagt styret for statlige regionale spesialpedagogiske kompetansesentra.

Sykehuset har følgende hovedmål i sin virksomhetsplan:

- Best mulig medisinsk og fysisk rehabilitering, med vekt på selvstendiggjøring i dagliglivet.
- Økt internt kunnskapsnivå om barn med astma og allergi.
- Kunnskap til - og tilrettelegging i - hjemmemiljøet og samfunnet.

2. Resultatrapport 1997

Geilomo har 30 senger og en regner med en kapasitet på ca. 7 000 kurdøgn pr. år. Det er vanlig med opphold på 4 - 6 uker. Tallene for sengeutnyttelse baserer seg på 46 ukers drift.

	Resultat 1995	Resultat 1996	Resultat 1997
Kurdøgn.....	6 057	6 807	6 939
Gjennomsnittlig liggetid	30	30	30
Utskrevne pasienter.....	200	225	230
Sengeutnyttelse i pst. ¹⁾	55,3	55,3	77

¹⁾ Tallet for sengeutnyttelse i pst. er basert på full drift hele året. En regner at normal kapasitet er ca. 7 000 kurdøgn eller ca. 64 pst.

3. Tilstandsvurdering

Geilomo barnesykehus har i de siste årene hatt økende søkning. 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.

Legetjenesten ved Geilomo barnesykehus har over en lengre periode vært løst ved at 4 spesialister i allergologi dekker legehjemmelen sykehuset. Ansettelse av fast spesialist innen allergologi i 1/1 stilling har ikke lyktes.

Oslo, Akershus, Vestfold, Hordaland og Sør-Trøndelag har den hyppigste bruken av Geilomo.

4. Satsingsområder og mål for 1999

Kravene til informasjon, kunnskap til hjemmemiljøet og til tilrettelegging og oppfølging etter oppholdet er økende og vil være en viktig del av behandlingsopplegget. For 1998 var målet for Geilomo satt til 7 000 kurdøgn, og Geilomo ligger an til å oppnå målet i inneværende år. Det forventes en økning i belegget i 1999.

5. Merknader til budsjettforslaget for 1999

For 1999 foreslås kurprisen økt med 2,5 pst. fra 185 kroner til 190 kroner i 1999. Det er lagt til grunn en aktivitet på 7 100 kurdøgn i 1999.

HOKKSUND

	Regnskap 1997	Budsjett 1998	Forslag 1999
Driftsutgifter og investeringer.....	13 085	13 407	3 500
Inntekter	1 295	1 300	0

Det vises også til hovedtabell med fordeling på post for kap. 737 og 3737.

2. Resultatrapport 1997

Den statlige driften av Barnesykehuset ble avviklet pr. 1. juni 1998. På dette tidspunkt var samtlige barn utskrevet til hjemkommune. De barna som var innlagt på Hokksund barnesykehus var i all hovedsakelig hjemmehørende i Buskerud.

For å sikre kompetanseoverføring har ansatte fra hjemkommunene hospitert ved barnesykehuset før utskriving. På denne måten har de også lært barna å kjenne.

Resultat	1994	1995	1996	1997
Kurdøgn ¹⁾	4 615	5055	5212	3180
Avdelingsopphold.	18	20	23	17
Dagpasienter, dager	0	29	179	152
Antall dagpasienter	0	0	1	1
Gj.snittlige liggedager	-	253	227	187
Utskrevne pasienter	6	2	8	10

¹⁾ Inkl. dagplasser, 75 pst. av heldøgn.

3. Tilstandsvurdering

Oppsigelsestiden for de ansatte som ikke har fått seg nytt arbeide utløper 1. desember 1998. I 1999 vil barnesykehuset være tomt. Sykehusets lokaler er privateid. Det arbeides med å leie ut lokalene til andre interessenter.

Departementet forutsetter at den nye utredningsenheten på Soltun som bygges opp av Buskerud fylkeskommune er i full drift i 1999. Opplegget ved Soltun er utarbeidet med veiledning fra ledelsen ved Hokksund barnesykehus.

Avviklingsarbeidet har gått raskere enn forutsatt. God planlegging ved barnesykehuset er medvirkende årsaker til dette.

Antall pasienter:

Fylke	Pr. 1. januar 1995	Pr. 1. januar 1997	1. januar 1998
Akershus/Oslo	2	2	1
Hedmark	1	0	0
Oppland	1	1	0
Buskerud	7	7	6 ¹⁾
Vestfold	1	1	0
Telemark	1	1	0
Hordaland	1	1	0
Troms	1	1	0
Sum	15	14	7 ¹⁾

¹⁾ To av disse barna hadde avlastingstilbud.

5. Merknader til budsjettforslaget for 1999.

Post 01 Driftsutgifter

Ventelønn for de av de ansatte som har krav på dette er budsjettert på post 01. I tillegg er det beregnet feriepenger for 1998 og utgifter i forbindelse med husleiekontrakten. Lokalene forutsettes leid ut til annen offentlig virksomhet.

VOKSENTOPPEN*Senter for astma og allergi.**Norges Røde Kors' og Statens sykehus for barn og unge med astma, allergi og kroniske lungesykdommer*

(i 1 000 kr)

	Regnskap 1997	Budsjett 1998	Forslag 1999
Driftsutgifter og investeringer.....	22 559	23 340	25 140
Inntekter	5 458	3 240	3 345

Det vises også til hovedtabell med fordeling på post for kap. 737 og 3737.

1. Formål og hovedprioriteringer

Voksentoppen er et spesialsykehus for barn og unge med alvorlig allergi, astma og andre kroniske lungesykdommer, eksem og fødemiddelintoleranser. Man tar særlig sikte på utredning, behandling og habilitering av barn og unge hvor sykdommen er vanskelig å mestre og/eller griper sterkt inn i pasientens og familiens livssituasjon. Voksentoppen mottar i hovedsak pasienter fra regionsykehus, sentral - og fylkessykehus og fra praktiserende spesialister i barnesykdommer.

*Voksentoppen har følgende mål:**Pasientrettet arbeid*

- Sørge for at barn og unge med særlig vanskelig sykdom får utredning og behandling for sin sykdom bygget på tverrfaglig diagnose i et vitenskapelig basert helhetssyn.
- Gi pasienter og foreldre kunnskaper og innsikt for å kunne mestre sykdommen.

Utvikling og kompetanseoverføring

- Gjennom forskning og fagutvikling få økt kunnskap og innsikt i sykdommene og de problemer de skaper for barna, familiene og samfunnet.
- Omsette kunnskap fra nasjonal og internasjonal forskning til praktisk medisin og til beste for pasientgruppen.
- Undervisning av medisinske- og sykepleiestudenter.
- Bidra til økt kompetanse hos fagfolk av forskjellige kategorier innen kommune- og fylkeshelsetjenesten og kompetanseoverføring fra Voksentoppen til primærhelsetjenesten.

Forebyggende arbeid

- Bidra til å stoppe økningen av astma og allergi blant barn i Norge.

Behandlingsreiser

Voksentoppen har ansvar for behandlingsreiser for barn med allergi, astma og andre kroniske lungesykdommer.

Voksentoppens leger og andre faggrupper holder forelesninger og medvirker i gjennomføringen av internasjonale og nasjonale møter og kongresser.

2. Resultatrapport for 1997

	Resultat 1996	Resultat 1997	Plan 1998	Plan 1999
Antall kurdøgn for pasienter.....	4216	4219	4200	4200
Antall kurdøgn for foreldre og søsken...	3 907	3 841	3 500	3900
Antall dagpasienter.....	0	0	0	0
Antall utskrevne pasienter	468	492	435	480
Gjennomsnittlig liggetid i dager	9,01	8,58	7,5	7,5
Antall polikliniske konsultasjoner.....	130	166	200	230
Sengeutnyttelse i pst. for pasienter ¹⁾	72,2	78,95	68,5	68,5
Sengeutnyttelse totalt inkl. pårørende ...	74,2	80,44	100	100

1) Tallet er basert på full drift hele året med 16 plasser for pasienter. En regner at normal kapasitet er ca. 4000 kurdøgn for pasienter, som gir en utnyttelse på 68,5 pst.

3. Tilstandsvurdering

Antall foreldredøgn er økende. Dette skyldes at en større andel av pasientene er småbarn og at det oftere av hensyn til utredning og behandling er nødvendig at begge foreldre er tilstede under oppholdet.

Det er i Norge som i en rekke land ellers påvist en økning i forekomst og sykkelighet av allergi/overfølsomhet, astma og andre kroniske lungesykdommer hos barn og ungdom. De fleste barn og familier kan behandles innen kommune- og fylkeshelsetjenesten men for en begrenset del av pasientgruppen er det behov for den spesialkompetanse Voksentoppen gir som landsdekkende tilbud.

Akershus, Oslo og Hedmark har den hyppigste bruken av Voksentoppen.

Behovene kan variere i de forskjellige fylker, 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.

4. Satsingsområder og mål for 1999*Pasientrettet arbeid*

Det satses på å utnytte kapasiteten på 4 000-4200 kurdøgn eller ca. 400 – 450 pasienter pr. år. Med bakgrunn i erfaringene fra de siste par år antas det at fylkenes bruk av Voksentoppen vil gi følgende pasientsammensetning:

	Antall pasienter pr. år	Gjennomsnittlig liggetid (i dager)	Kurdøgn pr. år
Astma.....	220	8,5	1 800
Andre lungesykdommer.....	40	8	300
Eksem	100	9,5	1 000
Spesielt krevende allergologi.....	75	7,5	550
Ialt	435	7,5	4 000

5. Merknader til budsjettforslaget for 1999**Post 01 Driftsutgifter**

Kurprisen foreslås økt med 2,5 pst. fra 1998 til 1999, fra 535 kroner til 548 kroner. Det er lagt til grunn 4 200 kurdøgn.

Sum stillinger barnesykehusene

Antall årsverk pr. 1. oktober 1996 i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 115,2 og 108 pr. 1 mars 1998.

KAP. 3737 BARNESYKEHUS

(jfr. kap. 737)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
02	Salgs- og leieinntekter	1 286	1 240	1 270
15	Refusjon arbeidsmarkedtiltak	104		
16	Refusjon fødselspenger	756		
60	Refusjon fra fylkeskommuner	4 255	4 680	3 500
	Sum kap. 3737	6 401	5 920	4 770

Det vises til omtale under det enkelte barnesykehus over.

KAP. 738 HELSETJENESTEN PÅ SVALBARD

(jfr. kap. 3738)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	11 231	10 780	11 200
	Sum kap. 0738	11 231	10 780	11 200

Overføringer fra 1997 til 1998:

Post 01: 122 000 kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

Longyearbyen sykehus har som overordnet mål å gi tilfredstillende helsetjeneste til den norske befolkningen og alle som ferdes på og rundt Svalbard.

De russiske bosetningene i Barentsburg og Pyramiden har egne helsetjenester.

Longyearbyen sykehus yter 1. og 2. linjetjenester. Dvs. tjenester tilsvarende et helsesenter på fastlandet og et akuttmedisinsk beredskapssykehus. Ved større ulykker i forbindelse med f.eks gruvedrift og flytrafikk må det tilkalles bistand fra fastlandet.

Fra 1993 har det vært stasjonert et redningshelikopter på Svalbard. Personell fra sykehuset skal innenfor sin beredskapsordning bemanne helikopteret ved ambulanseoppdrag.

Helsetjenesten på Svalbard har som sine hovedmål:

- Forebyggende tiltak inkl. bedriftshelsetjeneste.
- Akuttberedskap.
- Pasientrettet arbeid innefor almenmedisin, kirurgisk behandling og medisinsk behandling, tannhelsetjeneste og fysioterapi.

2. Tilstandsvurdering

Longyearbyen er endret fra et "mannssamfunn" til et "familiesamfunn". Videre er kommunikasjonsmulighetene med fastlandet over tid bedret. Saken ble omtalt i St.prp. nr. 1 for 1997-98.

Sosial- og helsedepartementet la opp til en endret organisering av helsetjenesten. Den kirurgiske beredskapen ble redusert til fordel for en styrket allmennlegetjeneste og styrket forebyggende helsearbeid særlig for barn og familier. Akutte tilstander ivaretas av legevaktstjenesten og gjennom styrket samarbeid med flyambulansetjenesten og Regionsykehuset i Tromsø. En kirurgstilling ble omgjort til allmennlegestilling. To allmennleger og en kirurg går i tredelt vaktberedskap. Vaktberedskapen for sykepleiere opprettholdes omtrent på dagens nivå. Longyearbyen sykehus vil ha et samarbeid med Regionsykehuset i Tromsø ved behov utover det Longyearbyen sykehus dekker.

Sosialkomiteen tok opp at den nye organisasjonsmodellen for helsetjenesten på Svalbard innebærer en redusert kirurgisk beredskap og ba departementet vurdere alle sider ved beredskapen før den nye organisasjonsmodellen eventuelt iverksettes.

Departementet har, slik Stortingets sosialkomite ba om i en merknad til budsjettinnstillingen for 1998, etter en fornyet vurdering, gjennomført den nye organisasjonsmodellen.

3. Resultatrapport 1997

	Resultat 1995	Resultat 1996	Resultat 1997
Resultatmål			
Polikliniske konsultasjoner	3 644	3 659	3 775
Antall liggedager	371	300	225
Antall pasienter	145	143	98
Antall operasjoner	72	70	87
Antall undersøkte arbeidstakere	205	390	284
Antall svangerskaps-, spedbarns-, småbarns- og skolekontroller	621	697	560
Antall utførte laboratorie-prøver og røntgenundersøkelser	5 159	6 218	5 694

Aktiviteten var i 1997 i tråd med intensjonene. Antall liggedøgn ble redusert samtidig som antall dagpasienter har økt for å redusere kostnadene til overtid mv. Økt aktivitet på fysioterapi og tannlegebehandling har gitt økte inntekter. Bedriftshelsetjenesten har redusert antall undersøkte arbeidstakere for i større grad å rette innsatsen mot arbeidsmiljøtiltak innenfor bedriftene.

Arbeidet med ny organisasjonsplan ble påbegynt i 1997 og er videreført i 1998. Vaktordningen er lagt om fra 1. mai 1998.

4. Satsingsområder og mål for 1999

Den nye organisasjonsplanen vil medvirke til endringer i "produksjonen" (jfr. overstående tabell). Longyearbyen sykehus skal gi en best mulig kombinasjon av helsetjeneste og akuttberedskap innenfor sin budsjettramme, og tjenesten skal være godt tilpasset de lokale behovene.

5. Merknader til budsjettforslag for 1999

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 20 pr. 1. oktober 1996 og 17,5 pr. 1. mars 1998.

KAP. 3738 HELSETJENESTEN PÅ SVALBARD

(jfr. kap. 738)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
02	Salgs- og leieinntekter	1 781	1 310	1 350
	Sum kap. 3738	1 781	1 310	1 350

Post 02 Salgs- og leieinntekter

I sykehusets inntekter inngår salg av medikamenter, pasientenes egenandel ved konsultasjoner, fysioterapeutisk virksomhet samt bedrifts- og tannhelsetjenesten. Sykehuset får ikke refusjoner for polikliniske konsultasjoner.

KAP. 739 ANDRE UTGIFTER

(jfr. kap. 3739)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>kan nyttes under post 65</i>	40 986	73 900	78 850
60	Tilskudd til helsepersonellbemanning i luftambulansetjenesten	58 383	59 000	59 000
61	Tilskudd til driftsavtaler			180 000
63	Tilskudd til utbygging av økt behandlingstilbud m.v.	69 334	32 000	
64	Tilskudd til RIT 2000, <i>kan overføres</i>		53 700	67 300
65	Kreftbehandling m.m., <i>kan nyttes under post 21</i>		91 000	123 000
70	Behandlingsreiser til utlandet	54 542	59 050	60 000
71	Tilskudd til Norsk Pasientforening m.fl.	3 647	3 200	3 280
72	Tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning	20 510	23 600	29 450
74	Reiseutgifter, turnuskandidater	6 700	8 200	8 400
76	Pasientbro	91 004		
77	Tilskudd til årets TV-aksjon mot kreft	17 500		
Sum kap. 0739		362 606	403 650	609 280

Det er overført fra 1997 til 1998:

Post 21: 2 238 000 kroner

Post 76: 28 995 000 kroner

Regnskap 1997 for kap. 718 Handlingsprogram for redusert spedbarnsdødelighet, post 01 Driftsutgifter er ført opp under kap. 739 post 71 med 1,547 mill. kroner.

Post 21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren**1. Formål og oppgaver**

Hovedmålet med posten er å bidra til et bedre kunnskapsgrunnlag for den utøvende helsetjenesten i Norge. Det satses på tre områder. For det første skal midlene heve det faglige nivået i helsevesenet gjennom å bidra til utprøving av nye behandlingsmetoder i statssykehusene slik at pasienter ved norske sykehus så raskt som mulig kan dra nytte av nyvinninger innen medisinsk behandling. For det andre skal midlene bidra til en mer effektiv sykehusdrift gjennom bedre kunnskap og oversikt over pasientstrømmene innen og mellom sykehusene, og for det tredje skal midlene bidra til langsiktig kompetanseoppbygging på fagområder som kvalitetsutvikling og sykehusadministrasjon. Ny og bedre kunnskap om sykehussektoren vil være et vesentlig grunnlag for den statlige politikkutformingen i budsjetter, meldinger og utredninger. Det varslede sykehusutvalget vil få stor nytte av tiltakene som er nevnt nedenfor.

I 1998 ble 73,9 mill. kroner bevilget over denne posten. Denne bevilgningen foreslås videreført og benyttet til eksisterende prosjekter. Det er i tillegg overført midler til denne posten fra fjorårets bevilgning på kap. 603 "Evaluering av prosjektet brukermedvirkning og kvalitetssikring", fra kap. 731, post 01 til "Kompetansenettverk sykehusplanlegging", fra 730, post 61 til "Oppfølging av ventetidsgarantien", fra 720, post 62 til "Kartlegging av samsynsvansker", fra kap 730, post 64 til "Oppfølging av kreft- og utstyrsplanen", fra kap. 730, post 66 til "Nasjonal styring via regionale helseplaner", jfr. Ot.prp. nr. 48 (1997-98). Det foreslås overført 2,5 mill. kroner til nasjonalt råd for spesialistutdanning, jfr. kap. 733, 4,5 mill. kroner til Medisinsk kodeverk og klassifikasjonssystemer/Handlingsplan for IT i helsesektoren, jfr. kap. 701, post 21. Det foreslås videre overført 4,9 mill. kroner til økt utdanning av stråleterapeuter, jfr. kap. 705, post 62 og 3,0 mill. kroner til økt utdanning av radiografer, jfr. kap. 274, post 01.

I tillegg til overførte midler fra andre budsjettkapitler, foreslås posten styrket med 4,9 mill. kroner. I dette er det bl.a. tatt høyde for en økning på 3,5 mill. kroner til Senter for medisinsk metodevurdering.

For 1999 er bevilgningen på 78,8 mill. kroner knyttet til følgende tiltak:

- Utprøvende behandling i statlige sykehus
- Landsdekkende kommunikasjonssystemet i helsetjenesten
- Samordning av høyspesialiserte sykehusfunksjoner
- Kvalitetsmåling, utvikling og anvendelse av DRG-systemet
- Heltef: Utvikling og evaluering av kvalitetsindikatorer
- Konsensuskonferanser innen medisinsk teknologi og behandling
- Senter for medisinsk metodevurdering
- Drift av databasen Ventsys for reduksjon av sykehuslø
- Basistilskudd/husleie til SINTEF UNIMED
- SAMDATA sykehus
- Norsk pasientregister
- Forum for ledelse og organisering i sykehus
- Utprøvende virksomhet med hjertelaser ved Rikshospitalet og Feiringklinikken
- Støtte til den internasjonale diabetesføderasjonen
- Støtte til WHO's arbeid med senter for informasjon om helsereformer
- Prosjektet sterilisering og kastrering av tatere
- Utredning av felles radionett (TETRA)
- Kompetansenettverk sykehusplanlegging
- Fylkeskostra
- Helseøkonomisk forskning
- Kartlegging samsynsvansker
- Oppfølging av ventelistegarantien
- 400-års jubileum for det offentlige helsevesen
- Evaluering av prosjektet brukermedvirkning og kvalitetssikring
- SINTEF, Nasjonalt senter
- Prosjekt legeregistrering

2. Nærmere om virksomheten på satsningsområdene

2.1 Utprøvende behandling

Utprøvende behandling i statlige sykehus

I 1998 ble det bevilget 18 mill. kroner til utprøvende behandlingsforsøk i statlige sykehus, jfr. også omtale under kap. 730, post 65 Tilskudd til kreftbehandling m.m. Det viktige med utprøvende behandling er å bidra til deltakelse i prosjekter som skal avklare nytte, risiko og bivirkninger ved nye, lovende behandlingsprinsipper. Nye og lovende behandlingstilbud for alvorlige tilstander bør innlemmes i helsetjenestens ordinære tilbud så snart behandlingens effekt er godt nok dokumentert. Dokumentasjonen må bygge på internasjonale forskningsresultater og konsensus i fagmiljøene, og må omfatte vurderinger av om sjansene til forbedret livskvalitet eller overlevelse står i forhold til risikoen for død, bivirkninger eller svekket livskvalitet på grunn av behandlingen og om nytten er stor nok i forhold til kostnadene. En arbeidsgruppe som nå har foretatt en vurdering av regionsykehustilskuddet, foreslår at tilskuddet til utprøvende behandling legges inn i det ordinære regionsykehustilskuddet fra 1. januar 1999. Det vises til nærmere omtale av forslagene til ny tilskuddsordning for regionsykehusene under kap. 730, post 62. Når det gjelder konsekvenser for tilskudd til utprøvende behandling i de statlige sykehusene, vil departementet komme tilbake til dette.

Utprøvende virksomhet med hjertelaser ved Rikshospitalet og Feiringklinikken

Det ble i 1995 satt i gang utprøvende behandling med hjertelaser i et samarbeidsprosjekt mellom Rikshospitalet og Feiringklinikken. Behandlingen er rettet mot pasienter som i dag tilbys medikamentell terapi, aortacoronar by-pass kirurgi (ACB) eller ballongutvidelse av kransarteriene (PTCA). Formålet med prosjektet har vært å finne ut om metoden kan tenkes å kunne anvendes på pasienter som ikke har tilstrekkelig god effekt av medikamentell terapi for angina pectoris og som ikke er teknisk tilgjengelig for PTCA eller ACB-operasjon.

I løpet av perioden 1995-1998 er det blitt operert 50 pasienter med hjertelaser ved Feiringklinikken. I samme tidsrom er det inkludert 50 pasienter til den medisinsk behandlede kontrollgruppe. Alle 100 pasientene vil bli fulgt opp med et omfattende undersøkelsesopplegg ved Rikshospitalet etter 3 og 12 måneder. De siste 12 måneders kontrollene er beregnet å være fullført i mars 1999. Endelig bearbeiding av resultatene av virksomheten vil først komme i 1999, mot opprinnelig planlagt i 1998.

2.2 Styringsinformasjon

Det er en viktig oppgave for de statlige myndigheter å skaffe til veie god informasjon om sykehusenes kapasitet, ressursinnsats og produktivitet. Denne styringsinformasjonen er viktig for at departementet skal kunne holde en samlet oversikt over sektoren, for at Helsetilsynet skal kunne føre et effektivt tilsyn med kvaliteten, for sykehuseierne og ledelsene ved det enkelte sykehus for å sammenligne egne resultater med andres, og for helseregionens plan- og samordningsoppgaver.

Tilskuddene til styrings- og informasjonssystemer dekker driften av informasjonssystemer for nasjonal registrering av ventelistepasienter og norsk pasientregister som registrerer aktiviteten ved sykehusene som danner basis for ordningen med innsatsstyrt finansiering av de somatiske sykehusene. Registrene drives av Norsk pasientregister. I tillegg til de ovennevnte datakildene benyttes regnskapstall og annen informasjon fra fylkeskommunene som basis for beregningen av driftsutgifter, årsverksinnsats og produktivitet i de såkalte SAMDATA rapportene som utarbeides årlig ved Norsk institutt for sykehusforskning. Informasjonene fra Norsk pasientregister og SAMDATA-rapportene er sentrale kilder for bl.a. budsjettarbeidet i departementet. Sosial- og helsedepartementets bidrag til Fylkeskostra (se budsjettproposisjonen til Kommunal og regionaldepartementet) dekkes også over denne bevilgningen.

Den største utfordringen når det gjelder styringsinformasjon er å finne frem til rapporteringssystemer for kvalitet. Særlig i en situasjon der styringsinformasjonen viser til dels betydelige variasjoner i produktivitet, er det viktig at man også for etablert løpende rapporteringssystemer for kvalitetsindikatorer. Det gis derfor tilskudd til et større kvalitetsmålingsprosjekt ved stiftelsen for helsetjenesteforskning ved sentralsykehuset i Akershus (Heltef). Prosjektet tar sikte på å måle kvalitet ut fra pasientenes- og de ansattes synspunkt, i tillegg til å finne frem til mer objektive kriterier for å måle behandlingsresultater.

Det utvikles et norsk pasientklassifiseringssystem som skal anvendes av sykehus, fylkeskommuner og Norsk pasientregister i Innsatsstyrt finansiering. Pasientklassifiseringssystemet er et PC basert program som foretar kvalitetskontroller og beregner DRG-refusjoner som utbetales fylkeskommunene i ISF. Sosial- og helsedepartementet finansierer bruker støtte, vedlikehold og videreutvikling av programmet.

Det pågår samtidig et omfattende utviklingsarbeid for å forbedre DRG-systemet. Kostnadsvekter, som en basis for beregning av DRG-refusjon, revideres og det gjøres tilpasninger av DRG-systemet til spesielle pasientgrupper som pediatriske pasienter/innen nyfødtemedisin, rehabiliteringspasienter og medisinske kreft pasienter. Dette er pasientgrupper som ikke har vært godt nok håndtert av DRG-systemet. I tillegg arbeides det for en mer enhetlig finansiering av kirurgiske pasienter, inkludert pasienter behandlet dagkirurgisk. Utover dette planlegges det å ta i bruk nytt diagnosekodeverk og prosedyrekodverk fra 1.januar 1999.

Oppfølging av ventetidsgarantien

Ordningen med ventetidsgarantier for behandling i spesialisthelsetjenesten ble innført i 1990, og fra og med 1. juli 1997 ble det innført en ordning med 3 måneders ventetid for de sykeste pasientene. Departementet følger opp ventetidsgarantien gjennom oversikter over hvordan sykehus og fylkeskommuner klarer å overholde garantien. God styringsinformasjon kan benyttes til å styrke tjenestetilbudet der det er uakseptabelt lange ventetider, som f.eks. i kraftomsorgen. Videre er offentliggjøring av ventelistedata på internett og i media viet stor oppmerksomhet, som igjen motiverer helsetjenesten og forvaltningen til å overholde garantien for sine pasienter.

Takket være solid innsats for å bedre både kapasitet, oppfølging og kvalitetssikring av ventelistetallene, klarer nå de fleste av fylkeskommunene å innfri ventetidsgarantien for sine pasienter. Det er imidlertid til forhold som gir grunnlag for bekymring. For det første viser ventelistetallene at over halvparten av alle garantibrudd er i registeret i fem av fylkene. For det andre viser tallene at det fortsatt er behov for noe større kapasitet ved sykehusene, og at kapasitetsveksten i de siste år har vært lavere enn veksten i utgiftene. Sosial- og helsedepartementet vil derfor satse målrettet på å bedre kvaliteten på ventelistedataen, og se disse i sammenheng med den faktiske aktiviteten ved sykehusene. Konkret vil det bli satt i gang flere analyser av ventetids- og aktivitetsdata i Norsk pasientregister og andre mulige datakilder. Prosjektene vil ikke bare gi enkeltstående rapporter, resultatene vil også bli brukt til å bedre den løpende rapporteringen av venteliste- og aktivitetsdata ved Norsk pasientregister. Slik informasjon vil også kunne bli brukt i de årlige SAMDATA-rapportene

fra Norsk institutt for sykehusforskning og bedre grunnlaget for planleggingen i helseregionene.

Hovedmålsetningen med prosjektene er å få informasjon om bruddene på ventetidsgarantien skyldes at ressursene i sykehussektoren er skjevfordelt, om ressursene er dårlig utnyttet enkelte steder eller om ventelistestatistikken inneholder for mange feil.

2.3 Kompetanseutvikling

Virksomheten i sykehussektoren kjenntegnes ved at den er kunnskapsintensiv, mangfoldig og ressurskrevende. På årsbasis er driftsutgiftene på ca. 25 mrd. kr. I tillegg til den medisinske faglige kompetansen, er det helt sentralt at sektoren og det enkelte sykehus drives rasjonelt og kostnadseffektivt. For å bidra til kompetanseutviklingen innen sykehusøkonomi, sykehusdrift og statistiske analyser på feltet gir departementet et basistilskudd til Norsk institutt for sykehusforskning, tilskudd til Helseøkonomi og tilskudd til Kompetansenettverk sykehusplanlegging.

Driftstilskuddet til Norsk institutt for sykehusforskning skal benyttes til å bygge opp den generelle kompetansen ved instituttet gjennom egne prosjekter, slik at det til en hver tid finnes et kompetent miljø til å foreta analyser av driftsmessige og økonomiske forhold ved sykehusene. Instituttet er en sentral premissleverandør for departementet, sykehuseierne og Kommunenes Sentralforbund, og i tillegg til oppdragsmidler fra de ovennevnte instanser drives det også vitenskapelige prosjekter ved instituttet med støtte fra bl.a. Norges forskningsråd.

Sosial- og helsedepartementet har i 1998 inngått 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 informasjon gjøres tilgjengelig for å kunne heve kompetansenivået i planlegging av sykehus. I tilknytning til opprettelsen av en slik kunnskapsdatabase skal det etableres et kompetansenettverk som skal bidra til å frambringe og formidle kunnskap som angår planlegging og bygging av sykehus. Prosjektet vil i løpet av en 3-års periode bli evaluert, med sikte på å avklare om, og på hvilken måte prosjektet skal videreføres.

Senter for medisinsk metodevurdering ble etablert i 1997, lokalisert til SINTEF-Unimeds avdeling i Oslo. Senteret er organisert med en styringsgruppe, ledet av Sosial- og helsedepartementet. I tillegg er det oppnevnt en referansegruppe for virksomheten, samt et sekretariat. Senteret har som siktemål å kunne gi kontinuerlig vurderinger av nytten av å anvende ulike metoder innen helsesektoren. Dette innebærer ulike oppgaver som initiering av utrednings- og forskning, yte faglig råd og veiledning, implementere resultater samt ivareta faglige kontakter nasjonalt og internasjonalt.

Konsensuskonferanser innen medisinsk teknologi og behandling er et virkemiddel for å fremme god medisinsk praksis og påvirke helsevesenet til rasjonelle prosedyrer. Konsensuskonferanser skal besvare spørsmål om metoders effekt, sikkerhet, ønsket utbredelse, organisering, ønsket opplæring o.l. Sosial- og helsedepartementet og Norges forskningsråd har inngått avtale om samarbeid om konsensuskonferanser. Avtalen innebærer at Norges forskningsråd skal arrangere minst en konsensuskonferanse hvert år i avtaleperioden innenfor tema som er relevante for helsetjenesten. Som supplement til konsensuskonferanser omfatter avtalen også ekspertkonferanser, hvor en i større grad drøfter tema på ekspertenes premisser. NRFs Komite for medisinsk teknologivurdering er ansvarlig for valg av tema for konsensuskonferansene og eventuelle ekspertkonferanser. Sosial- og helsedepartementet fremmer sitt syn på temavalget gjennom sin representant i komiteen.

Sosial- og helsedepartementet har fornyet avtalen med Norges forskningsråd i perioden 1999-2002.

Som en oppfølging av NOU 1997:2 "Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus" ble det høsten 1997 etablert en koordineringsgruppe Forum for ledelse og organisering i sykehus for organisasjonsutvikling i sykehus i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund. Gruppen skal være et forum for å vurdere og initiere forsøksprosjekt for å utvikle modeller for ledelse og mer effektiv organisering. Miljøet rundt et slikt forum skal være en arena for erfaringsutveksling, dokumentasjon, evaluering og formidling av den kunnskap som etterhvert genereres i gruppens regi. Etterhvert som erfaring og kunnskap akkumuleres, vil arbeidet bli vinklet mot formidling der målet er å få initiert "best practice"-prosjekter hvor sykehuseier sammen med staten finansierer disse, og hvor slike modeller i neste omgang kan implementeres i de enkelte sykehus, såvel somatiske som psykiatriske. Et lederutviklingsprogram for toppledere i helseinstitusjoner er også startet opp.

Forumet vil bidra til utvikling innen ledelse og organisering i sykehus gjennom tre forhold:

- Stimulere til at sykehusene iverksetter godt forankrede utviklingstiltak innenfor ledelse og organisering.
- Bidra til at utviklingsprosjektene dokumenteres og evalueres
- Bidra i formidlingen av erfaringer som vinnes og kunnskaper som utvikles, slik at det norske sykehusmiljøet i større grad enn tidligere kan lære av hverandre.

En rekke reformer i de Vest-europeiske land har fokusert på den betydning økonomiske insentiver har for helsetjenesten. Også her hjemme har vesentlige reformer funnet sted, slik som innsatsstyrt finansiering, fastlegeordning, tiltak på legemiddelsiden etc. Det er behov for økt helseøkonomisk forskning, både som basis for utforming av politikken og som grunnlag for evaluering av endringer som gjøres. Departementet foreslår en satsing som skal legge grunnlag for oppbygging av et slikt miljø i Bergen og Oslo.

Sosial- og helsedepartementet er konsesjonær for det landsdekkende helseradionettet. Konsesjons- og driftsutgifter samt utgifter til utviklings- og veiledningsvirksomhet finansieres over denne posten. Det er videre forutsatt at utgifter til ulike prosjekter for det nasjonale kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) skal finansieres særskilt. Driften av senteret finansieres over kap. 730, post 62.

Offentlig finansiering av driften for norske private og halvoffentlige institusjoner/organisasjoner i 1997

På denne posten gjelder dette SINTEF Unimed og Senter for medisinsk metodevurdering. Av et totalregnskapet for SINTEF Unimed på 68 980 000 kroner, utgjorde finansieringen over denne posten 11 750 000 kroner. Senter for medisinsk metodevurdering ble i sin helhet finansiert med 2 870 000 kroner over denne posten.

Post 60 Tilskudd til helsepersonellbemanning i luftambulansetjenesten

Staten gir tilskudd til helsepersonell bemanning i luftambulansetjenesten. Under trygdebudsjettet kap. 2750 post 72 bevilges midler til transportutgiftene.

Tilskudd til helsepersonell gis på grunnlag av fastsatte utgiftsrammer for den enkelte base. Det er forutsatt at de berørte fylkeskommuner skal organisere bemanningen og være ansvarlig for gjennomføring av helsedelen av virksomheten. Det foreslås en bevilgning på 59 mill. kroner for 1999.

Post 61 Tilskudd til driftsavtaler

Ved behandlingen av Ot.prp. nr. 47 for 1996-97, jfr. 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 omfatter leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter, og trådte i kraft 1. juli 1998. Lovendringen omfatter ikke kommunalt organisert legevakt og øyeblikkelig hjelp. Det er fastsatt overgangsregler som sikrer fortsatt trygderefusjon for yrkesutøvere som var over 62 år pr 1. juli 1998, for allmennleger fram til innføring av fastlegeordningen på landsbasis og for psykologer og psykiatere.

Ved behandlingen av St.prp. nr. 61 for 1996-97 (kommuneøkonomiproposisjonen) sluttet Stortinget seg til at det innføres en øremerket tilskuddsordning for fylkeskommuner og kommuner som fra 1. juli 1998 oppretter driftsavtaler med yrkesutøvere som fram til dette tidspunktet hadde refusjonsberettiget praksis uten driftsavtale. Tilskuddet dekker henholdsvis 80 pst. (for psykiatere, psykologer og fysioterapeuter) og 70 pst. (for andre legespesialister) av fylkeskommunenes og kommunenes utgifter til driftstilskudd i forbindelse med de nye avtalene. Det vil bli gitt øremerket tilskudd i fem år, deretter blir tilskuddet innlemmet i rammetilskuddene.

Fylkeskommunene og kommunene har inngått nye driftsavtaler i et betydelig omfang i forbindelse med reformen. Samlet er det inngått om lag 1450 nye driftsavtaler med et

omfang på mer enn 900 årsverk. Så godt som alle psykiatere, psykologer og fysioterapeuter med refusjonsberettiget praksis har fått driftsavtale. De nye driftsavtalene fordeler seg slik (ca årsverk):

Psykologer	300
Psykiatere.....	110
Andre legespesialister	270
Fysioterapeuter.....	230
I alt	910

Når det gjelder spesialister i psykiatri og i klinisk psykologi, innebærer dette at driftsavtaleomfanget er nesten firedoblet i forhold til situasjonen før 1. juli 1998. Det betyr at ¾ av alle psykiatriske pasienter med tilbud fra privatpraktiserende personell har opplevd en til dels betydelig reduksjon i egenbetalingen.

Samlet er utgiftene til statlige tilskudd til de nye driftsavtalene anslått til 85 mill. kroner for andre halvår 1998 og 180 mill. kroner i 1999. Det antas at det vil bli tilsvarende innsparinger under refusjonspostene som følge av reformen, i første rekke under kap 2711 post 70. For 1998 er tilskuddsmidlene bevilget ved en omdisponering fra aktuelle refusjonsposter i folketrygdens budsjett til denne posten, jfr. St.prp. nr. 65 for 1997-98. For 1999 foreslås bevilget 180 mill. kroner.

Post 63 Tilskudd til utbygging av økt behandlingstilbud m.v.

Med den økte satsingen på finansieringsordningene innsatsstyrt finansiering og poliklinisk behandling ønsker departementet å redusere andre øremerkede finansieringsordninger. Innsatsstyrt finansiering gir en generell stimulans til økt behandling, uten at det legges unødige føringer på fylkeskommunens prioriteringer. Samtidig er bevilgningene økt i både rammetilskuddet og på innsatsstyrt finansiering, slik at alle fylkeskommuner får midler for å øke behandlingskapasiteten. I tråd med dette ble ordningen *Sykepenges til behandling* redusert, og for 1999 foreslår departementet heller ikke å videreføre det innenlandske dagnadsprosjektet ved Regionsykehuset i Trondheim, avdeling Røros. Når det gjelder ryggprosjektene, foreslås det istedet overført 4 mill. kroner til kap 730, post 67 til et nasjonalt kompetansenettverk for rygg, herunder forsknings- og utviklingsprosjekter. Videre foreslås det overført 6 mill. kroner til kap 730, post 61 til en tverrfaglig behandlingstakst for pasienter som ikke skal opereres, men som trenger et differensiert tverrfaglig behandlingstilbud.

Tiltak rettet mot ryggglidelser

Stortinget har bedt regjeringen øke operasjonskapasiteten ved landets regionsykehus, vurdere øremerkede tilskudd til poliklinikker i fylkeskommunene og bedre kompetansen på ryggfeltet, bl.a. ved å stimulere til økt forskning innenfor forebyggelse, utredning, behandling og oppfølging.

Departementets overordnede strategi er å bedre tilbudet til alle kategorier ryggpasienter. Tidlig diagnostikk og behandling er nøkkelford for å unngå unødige langvarige plager og sykdomsutvikling som fører til at tilstanden blir nødvendig langvarig og kronisk. Derfor er kompetanse og godt samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten avgjørende. Utvelgelse av pasienter som bør henvises videre er en hovedutfordring. Dette forutsetter tilstrekkelig kapasitet på sykehusene til å utrede og sette i verk aktiv behandling og ev gjenopptrening av pasienter med "kronisk" rygg. Både de som trenger operasjon og de som vil ha nytte av tverrfaglig ikke-operativ behandling og systematisk gjenopptrening før tilbakeføring til hjemsted og det kommunale behandlings- og hjelpeapparatet, må få et godt tilbud.

Sosial- og helsedepartementet mener kompetanseoppbygging i alle utrednings- og behandlingsledd, bedre intern organisering og utnyttelse av sykehusenes faglige ressurser og økt satsing på poliklinisk utredning og behandling der ulike spesialiteter samarbeider, samt dagbehandling og – kirurgi, vil være de viktigste virkemidlene for et bedre tilbud til ryggpasientene. Den nødvendige oppbygging av kompetanse forutsetter økt forskning på forebyggelse, utredning og behandling av rygg sykdommer og kunnskapsformidling.

Poliklinikk takster for ryggglidelser

I 1997 ble det opprettet en egen tverrfaglig poliklinisk utredningstakst for å få til en faglig bredere og mer effektiv utredning av pasientene. Departementet vil opprette en tilsvarende tverrfaglig behandlingstakst for pasienter som ikke skal opereres, men som trenger et differensiert tverrfaglig behandlingstilbud. De enkelte sykehus må utnytte sine

utrednings- og behandlingsressurser på en mest mulig effektiv måte, men departementet ønsker ikke at styrking av tilbudet til ryggpasienter skal føre til en særomsorg for ryggpasientene på det enkelte sykehus. Kriteriene vil derfor bli utformet slik at ryggpasientene kan få et tilbud som er best mulig integrert i sykehusenes samlede tilbud til pasienter med lidelser i muskel-skjelettsystemet.

Regionsykehusene har en spesiell oppgave i å ta seg av de vanskeligste ryggtilfellene. Nyere operasjonsteknikk gjør det mulig å behandle mange ryggpasienter dagkirurgisk. I 1997 ble det opprettet en egen poliklinisk takst for fjerning av skiveutglidninger ved "kikkhullskirurgi" for å muliggjøre operasjon uten vanlig innleggelse. Senter for medisinsk metodevurdering evaluerer nå denne teknikken. Enten operasjon på rygg gjøres som dagkirurgi eller ved innleggelse utløser behandlingen refusjon fra staten. Nivå på taksten vil bli fastsatt slik at uhensiktsmessig innleggelse unngås.

Enkelte pasienter med kroniske plager er operert i Sverige for egen regning. Korttidsresultatene av disse operasjonene blir evaluert i et samarbeid med Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo og forventes å foreligge i løpet av 1998. Departementet vil vurdere dagens praksis i lys av resultatene av denne undersøkelsen, og komme tilbake til spørsmålet om behovet for etablering av en særskilt landsfunksjon for rygg sykdommer ved ett av landets regionsykehus når kompetansenettverket er etablert.

Kompetanseoppbygging og forskning

Økt forskning på rygg sykdommer er en viktig forutsetning for kompetanseoppbygging. Dette er tidkrevende og tilsier langsiktighet i planlegging og strategi. Forslag om opprettelse av et nasjonalt kompetansenettverk for rygg er omtalt under kap 730, post 67 Andre tilskudd.

Post 64 Tilskudd RiT 2000, kan overføres

RiT 2000 er et utviklings- og utbyggingsprosjekt for regionsykehuset i Trondheim (RiT) og Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). Den overordnede målsettingen er å bygge et nytt universitetssykehus innpasset i bydelen Øya, på samme område som dagens RiT er lokalisert. I samarbeid med RiT og NTNU skal det også utvikles en ny og mer effektiv organisasjon hvor pasientperspektivet og en mer effektiv behandling skal stå sentralt. De første byggeaktivitetene har oppstart i andre halvdel av 1998. Prosjektet skal etter planen stå ferdig i år 2010.

Ved behandlingen av St.prp. nr. 67 (1996-97) godkjente Stortinget den inngåtte avtalen mellom Sør-Trøndelag fylkeskommune og staten om bygging av ny universitetsklinikk i Trondheim - RiT 2000 (Innst.S. nr. 281 (1996-97)). Grunnlaget for prosjektet er denne avtalen og utviklingsplanen for RiT 2000.

Kostnadsrammen for utbyggingsprosjektet er 4 250 mill. kroner (1996 kroner) inkl. utstyr. Av dette utgjør 1 100 mill. kroner universitetsdelen av prosjektet. Av den resterende sykehusdelen skal staten, ved Sosial- og helsedepartementet finansiere 20 pst. av utgiftene (630 mill. kroner). Statens andel av kostnadene tilføres Sør-Trøndelag fylkeskommune etterhvert som de påløper (f.o.m. 1998). Kostnadsrammen indeksjusteres etter to særskilt avtalte kostnadsindekser for hhv. bygg og utstyr. Indeksen tar utgangspunkt i Statistisk sentralbyrås totalindeks 3A for boligblokk, korrigert slik at indeksene gjenspeiler den relative fordeling av fagområdene i sykehusprosjekter.

Investeringsprofilen slik den ble presentert i St.prp. nr. 67 (1996-97) er i forbindelse med fylkestinget i Sør Trøndelags behandling av økonomiplanen for 1998-2001 revidert. Den reviderte investeringsprofilen, oppgitt i 1996-kroner er presentert i tabellen nedenfor.

Investeringsprofil RiT 2000, mill 1996-kroner

År	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Mill 96-kr.	59	112	133	324	579	623	353	415
År	2005	2006	2007	2008	2009	2010	SUM	
Mill 96-kr.	353	384	301	447	73	93	4250	

I tillegg til de spesifiserte andeler av investeringsutgiftene skal staten dekke kostnader knyttet til driftsulemper i byggeperioden. Fra og med 1998 og ut byggeperioden beregnes tilskuddet som 1,65 pst. av brutto driftsutgifter ved RiT pr år. I forbindelse med RiT 2000 skal det gjennomføres et omfattende FoU-arbeid. Kostnader til dette er begrenset oppad til 95 mill. kroner i løpet av prosjektperioden, og skal fordeles likt mellom staten og Sør-Trøndelag fylkeskommune.

Universitetsdelen av investeringsprosjektet finansieres over Kirke-, undervisnings- og forskningsdepartementets budsjett (kap. 281, post 60). For 1999 foreslås det 51,8 mill kroner til dette formålet.

Budsjettposten, kap. 739, post 64 "Tilskudd RiT 2000" er knyttet til oppfølging og finansiering av statens øvrige kostnader til prosjektet RiT 2000. For 1999 foreslås 67,3 mill. kroner dette formålet. Av dette utgjør 31 mill. kroner i driftsulempemidler.

Bevilgning på kap. 739, post 64 for 1998 var 53,7 mill. kroner, herav 30 mill. kroner i driftsulemper, 21 mill. kroner til dekning av investeringsutgifter og 2,7 mill. kroner til konsulentbistand mm. Bevilgningen over statsbudsjettet både for 1998 og 1999 er oppgitt i 1996-kroner. Bevilgningen for 1998 er fastsatt i forhold til investeringsprofilen presentert i St.prp. nr. 67 (1996-97), og dekker statens andel av investeringsutgiftene både for 1997 og 1998.

Statens andel av investeringsutgiftene, samt utbetaling av driftsulempemidler foretas akonto inneværende budsjettår ihht. framdriftsplan. Utbetalingene ved neste års budsjett avregnes i forhold til faktisk forbruk (regnskap) for inneværende budsjettår.

Utviklings- og utbyggingsprosjektet RIT 2000 er et fylkeskommunalt prosjekt, der Sør-Trøndelag fylkeskommune er byggherre for hele prosjektet. I tillegg til Sosial- og helsedepartementet og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet deltar Statsbygg i statens arbeid for å kvalitetssikre prosjektet (ihht forutsetningene i St.prp. nr. 67 (1996-97)). Statens oppfølging koordineres gjennom et interdepartementalt koordineringsutvalg der også Kommunal- og regionaldepartementet og Finans- og tolldepartementet er representert.

Status i prosjektet høsten 1998

Fra sommeren 1997 er det etablert en styringsstruktur med prosjektstyre(PS) og prosjektutvalg (PU). Sosial- og helsedepartementet, Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og Statsbygg er representert i PS og PU. Sør-Trøndelag fylkeskommune har etablert, og bemannet en prosjektorganisasjon som både dekker byggherrefunksjonen og utviklingsarbeidet i RiT 2000. Det er også etablert et felles brukerstyre for RiT og NTNU som skal samordne brukermedvirkningen.

Reguleringsplan er vedtatt, og planleggingen av de tre første sentrene, samt infrastrukturtiltak er i gang. Prosessanalyser for det første senteret, nevrosenteret, er gjennomført og programmerings- og prosjekteringsarbeidet av dette senteret er i startfasen. Riving av de første husene for klargjøring av byggetomt er startet.

Sør-Trøndelag fylkeskommune har på bakgrunn av en kostnadskontroll gjennomført 1. halvår 1998 antydnet at kostnadsrammen er stram. Fylkestinget i Sør-Trøndelag har i vedtak av 24.6.98 bedt om at det blir foretatt en ytterligere kvalitetssikring av kostnadsrammen i samarbeid med staten mht. endring av framdrift, organisering og styringsformer.

Post 65 Kreftbehandling m.m

Forekomsten av kreft har økt betydelig for begge kjønn de siste 30 år. Hvert år dør omkring 10 000 av kreft. Av disse dør 6 000 allerede innen ett år etter at diagnosen er fastsatt. Kreft er den nest hyppigste dødsårsak i Norge etter hjerte- og karsykdommer. Hyppigheten av de fleste kreftformer er økende.

Ved noen kreftsykdommer har behandlingen bedret seg betydelig. Dette gjelder spesielt blodkreft hos barn hvor dødeligheten i 1980 var 70 pst. mot 20 pst. i 1997. Like gode resultater sees ved behandling av testikkelkreft. For andre kreftsykdommer har det vært mindre fremskritt i behandlingen. Eksempler er brystkreft og tykktarmskreft. Ved disse kreftformene er redusert dødelighet særlig knyttet til tidlig påvisning av sykdom.

Felles retningslinjer (protokoller) gir god kreftbehandling, og er avgjørende i den infrastruktur som nettverksorganisering representerer. Det er derfor viktig å stimulere utviklingen av slike samarbeidstiltak ved å opprette kompetansesentra og kreve planer for kreftbehandlingen.

I 1998 ble det bevilget 195 mill. kroner for å styrke innsatsen innenfor kreftproblematikken. Regjeringen foreslo en "kreftpakke" på 150 mill. kroner hvorav 100 mill. kroner skulle benyttes til medisinsk teknisk utstyr ved regionsykehusene, 14 mill. kroner til utprøvende behandling, 11 mill. kroner til økt strålekapasitet, 5 mill. kroner til økt poliklinisk behandling og 20 mill. kroner til forebygging. I tillegg bevilget Stortinget 45 mill. kroner hvorav 22 mill. kroner til en utvidelse av mammografiscreeingprosjektet, 20 mill. kroner til medisinsk teknisk utstyr og 3 mill. kroner til et nytt melde- og overvåkingssystem ved Kreftregisteret.

Ved behandlingen av St.prp. nr. 61 (1997-98) Om nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus sluttet Stortinget seg til Regjeringens forslag om en

total offentlig satsing over en 5-års periode på i overkant av 2 mrd. kroner hvorav 1 mrd. kroner skal benyttes til økte driftsutgifter og i overkant av 1 mrd. kroner til totale investeringer.

Som nevnt i kategoriomtalen har regjeringen lagt frem en Nasjonal kreftplan (St.meld. nr. 61 (1997-98)). Her følger er nærmere presentasjon av tiltakene i planen.

Forebygging

Når det gjelder midler til forebygging vises til tekst under kap. 713 Statens ernæringsråd, 714 Statens tobakkskaderåd og kap. 581, post 71Husbanken.

Tidligdiagnostikk/screeningundersøkelser

Mammografiscreening

Brystkreft er den hyppigste kreftformen hos kvinner og den viktigste årsaken til tapte leveår hos kvinner opptil 65 år. I 1998 er mammografiscreeningprosjektet utvidet fra 4 til 9 fylker, jfr. kap. 719, post 61. I løpet av handlingsplanperioden skal mammografiscreeningprosjektet utvides til å bli en landsdekkende tilbud til kvinner i alderen 50 – 69 år. Utvidelsen skal skje så raskt personellsituasjonen tillater. Bevilgningen foreslås økt med 6 mill. kroner i 1999. Det vises til nærmere omtale under kap. 719, post 61. Framtidig organisering vil departementet komme tilbake til når evalueringen foreligger. Departementet har hatt kontakt med Røntgeninstituttene Fellesorganisasjon og mottatt informasjon om hva de private instituttene kan tilby. Dette materialet vil blitt tatt med i den videre drøfting med fylkeskommunene om deres planer for utbygging av mammografiscreening.

Tilskudd til forebygging av tykktarmskreft

Det er i budsjettet for 1998 lagt inn 5 mill. kroner til oppstart av en plan for forebygging av tykktarmskreft (colo-rectal kreft) i 2 prøvefylker. Hensikten med prosjektet er å avklare verdien av masseundersøkelser (screening) med sikte på redusert dødelighet. 1998 har vært et planleggingsår, mens selve screeningen er planlagt oppstart i 1999 – 2000. Det er videre planlagt en oppfølging etter fem år. Undersøkelsen vil bli gjennomført i Telemark og Oslo. Det foreslås en viderføring av bevilgningen på 5 mill. kroner til dette prosjektet i 1999.

Prostatakreft

For menn er prostatakreft den hyppigste kreftformen. Halvparten av tilfellene oppdages hos menn over 75 år. Det foreslås avsatt 3 mill. kroner i 1999 til oppstart av et forskningsprosjekt for dokumentasjon av bruken av PSA-testing for informasjon om forhøyet risiko for å utvikle prostatakreft. Prosjektet er beregnet å vare ut år 2005.

Arvelig kreft

Det finnes omkring 10 000 personer i Norge som er bærer av arveanlegg for ulike typer arvelig kreft. Ca 200 av disse vil årlig få kreftdiagnose.

Den planlagte utvidelse 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 foreslås bevilget 5 mill. kroner til opprettelse av kompetansesentre for arvelig kreft ved alle landets regionsykehus.

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. Det foreslås opprettet kompetansesentre for arvelig kreft ved alle regionsykehusene samt en styrking av den genteknologiske kompetanse på regionsykehusnivå. Det foreslås bevilget 5 mill. kroner for å styrke kompetanse innen genterapi ved regionsykehusene i 1999. Bevilgningen til kompetansesenter for arvelig kreft og kompetanse innen genterapi sees i sammenheng.

I 1998 er det gjennomført en total revidering av takstene innenfor medisinsk genetikk hvor det bl.a. ble innført nye takster for prediktive/presymptomatiske undersøkelser ved

arvelig kreft inkludert genetisk veiledning, undersøkelse/veiledning ved risiko for arvelig eller kroniske sykdommer og spesialutredninger og mer omfattende prosedyrer

Økt strålebehandlingskapasitet

Strålebehandling er sentral i spesifikk kreftbehandling. Slik behandling har helbredende virkning i tidlig stadier ved mange kreftformer og kan for eksempel redusere størrelsen på det kirurgiske inngrepet slik at pasientene får mindre. Hos pasienter med symptomgivende, langtkommen og uhelbredelig kreftform vil mellom 40 og 95 pst. av pasientene 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 foreslår regjeringen en utvidelse fra dagens 22 strålemaskiner til 36 strålemaskiner i løpet av handlingsplanperioden 1999-2003. Dette skal skje både gjennom en utvidelse av kapasiteten ved regionsykehusene men også gjennom etablering av satelittenheter ved sentralsykehus, dog slik at satelittenhetene faglig er underlagt en regionsykehusavdeling. Det legges til grunn en jevn utbyggingsprofil, som tilsier etablering av 3 nye maskiner per i år i handlingsplanperioden. Det legges til grunn 100 pst. statlig finansiering av selve strålemaskinene, og det foreslås bevilget 85 mill. kroner til dette i 1999.

Størrelsen på de bygningsmessige investeringene vil avhenge av i hvilken form regionene/fylkeskommunene velger å bygge ut strålebehandlingskapasiteten. Etablering av satelittenheter vil være betydelig mer kostnadskrevende enn en utvidelse av strålekapasiteten ved regionsykehusene. For å sikre den nødvendige utvidelsen av kapasiteten foreslår regjeringen 100 pst. statlig finansiering av selve bunkersen som maskinen må stå inne i. Øvrige bygningsmessige investeringer refunderes etter ordinær sats gjennom kapitalrefusjonsordningen. Det er overført 4 mill. kroner fra kap. 739.65 Kreftbehandling til kap. 734.50 Radiumhospitalet for å øke strålekapasiteten ved DNR.

Det er innenfor handlingsplanen avsatt prosjekteringsmidler på 5 mill. kroner i 1999 til nytt forsknings- og undervisningsbygg ved DNR (Vestenghaugen).

Lindrende behandling

Et velfungerende samarbeid mellom primærhelsetjeneste og sykehus er en faglig forutsetning for god lindrende behandling. Det er derfor viktig å etablere kompetansemiljøer på dette området. Spredning av kompetanse kan for eksempel gjennomføres ved at regionsykehusene tilbyr sykehusene i regionen besøk/bistand av spesialister (leger/sykepleiere) for kortere eller lengre tid. Organiseringen av denne virksomheten forutsettes ivarettatt i de regionale kreftplanene.

Regjeringen foreslår at det etableres kompetansesentre for lindrende behandling ved alle landets regionsykehus, og det avsettes 5 mill. kroner pr. år til dette fra 1999.

Lindrende kreftbehandling i hjemmet

For 1999 foreslår regjeringen at det innenfor lindrende kreftbehandling åpnes for at sykehusleger i ambulerende spesialistpraksis, i regi av sykehusene, kan utløse poliklinisk refusjon ved behandling/undersøkelse også når undersøkelse/behandling finner sted utenfor eget sykehus/poliklinikk. Det foreslås avsatt 2,5 mill. kroner til takster for 1999. Det vises til nærmere omtale under kap. 730.61 Refusjon poliklinisk virksomhet m.v.

Kvalitetssikring

Den opprustning som anbefales innen stråleterapikapasiteten har konsekvenser for den strålemedisinske kvalitetssikringsarbeidet idet behovet for strålefysiske og dosimetriske tjenester samt kvalitetssikringen av disse vil øke betydelig.

Det foreslås en permanent styrking av dosimetri og kvalitetssikring i strålemedisin i regi av Statens strålevern, og det avsettes 4,5 mill. kroner pr. år på kap. 715 til dette fra og med 1999.

Barn og kreft

Regjeringen foreslår 1,5 mill. kroner til et kompetansesenter for solide svulster hos barn ved Rikshospitalet/Det Norske Radiumhospitalet. Senteret skal bl.a. koordinere utarbeidelsen av nasjonal handlingsprogrammer, kvalitetssikre behandlingsprogrammene og overvåke resultatene. Det vil bli vurdert om dette kompetansesenteret skal ha ansvaret for langtidsoppfølgingen av barn som har hatt kreft.

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. Regjeringen foreslår at det fra 1999 avsettes 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.

Legespesialister

Regjeringen vurderer å etablere et stimuleringsstilskudd for utdanningsstillinger innenfor fagområdene patologi, onkologi og radiologi. Departementet vil komme tilbake til finansiering av disse utdanningsstillingene i senere budsjett proposisjoner

Radiografer

Studiekapasiteten for radiografer økes med 20 plasser allerede fra 1998. Ytterligere 20 nye plasser i 1999. Det bevilges 3 mill. kroner til dette fra 1999 fra kap. 739.21. Midlene vil bli overført til Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.

Stråleterapeuter

Antallet studieplasser for stråleterapeuter økes til 30 allerede fra høsten 1998. Det vises til nærmere omtale under kap. 705.62.

Stråleterapiassistenter

Det opprettes en ny utdanning; stråleterapiassistenter. Utdanningen vil kunne bygge på hjelpepleierutdanningen og organiseres som en bedriftsintern utdanning. Det settes i gang et forsøk på en slik utdannelse fra og med høsten 1998. Det bevilges kr 500 000 til dette i budsjettet for 1999.

Utpøvende behandlingsforsøk og høyteknologisk behandling

Forslag til prinsipper vedrørende utprøvende behandlingsforsøk og høyteknologisk behandling for aktuelle pasientgrupper og vurdering av øremerkede midler må ses i sammenheng med satsing på bedre vurdering av nytten av medisinsk teknologi. Det vises til Senter for medisinsk teknologi- og metodevurdering under kap. 739, post 21.

Når det gjelder prinsipper for utprøvende behandlingsforsøk i Norge og utlandet, ble det redegjort for dette i St.prp. nr. 1 (1996-97). Det vises også til Ot.prp. nr. 53 (1996-97).

Fra og med 1994 ble det gitt ekstra bevilgning til Rikshospitalet og Det norske Radiumhospital for å øke behandlingskapasiteten for benmargstransplantasjoner og høydosebehandling med autolog stamcellestøtte (HMAS). Disse midlene ble videreført. I tillegg ble det fra 1996 satt av midler til alle regionsykehus i forbindelse med regionalisering av høydose cytostatikabehandling. Hensikten er at alle aktuelle pasienter for HMAS skal tilbys deltakelse i denne type utprøvende behandling.

Det ble bevilget 66 mill. kroner til utprøvende behandling i 1998 fordelt på de fylkeskommunale regionsykehusene og Rikshospitalet og Det norske Radiumhospital. Videreføring av igangsatte HMAS prosjekt, samt øvrig utprøvende behandling fortrinnsvis innen kreft ble prioritert. Midlene ble fordelt etter søknad til departementet. Fra 1999 foreslås at tilskuddet til utprøvende behandling legges inn i det ordinære regionsykehustilskuddet, tilskudd til forskning. En arbeidsgruppe som har foretatt en vurdering av regionsykehustilskuddet har foreslått en ny ordning fra 1999. For nærmere omtale av den nye ordningen, vises det til kap. 730, post 62. Det foreslås bevilget 66 mill. kroner til utprøvende behandling for 1999. Departementet vil komme nærmere tilbake til hvordan midlene skal fordeles.

Tilskudd til kreftforskning

Det ble bevilget 5 mill. kroner til kreftforskning i 1998. Bevilgningen gikk hovedsakelig til forskningsprosjekter med tanke på å identifisere og uskadeliggjøre såkalte mikrometastaser, dvs. små grupper av kreftceller som ikke oppdages ved ordinære billedfremstillingsteknikker eller andre påvisningsmetoder. Fra 1999 foreslås denne bevilgningen lagt inn i regionsykehustilskuddet, tilskudd til forskning. Det vises til nærmere omtale av utformingen av det nye regionsykehustilskuddet under kap. 730, post 62. Det foreslås bevilget ytterligere 8 mill. kroner til kreftforskning i 1999.

Forskningsinnsatsen på kreftsykdommer må spenne vidt og inkludere både grunnforskning, klinisk forskning, epidemiologisk forskning og forskning om hvilke forebyggings tiltak som virker og hvordan disse kan og bør implementeres. Regjeringen ser det som vesentlig at kreftforskningen skjer på et faglig og uavhengig grunnlag og ikke i uheldig grad styres av næringsinteresser. Regjeringen vil gå inn for at det utarbeides en strategi for offentlig kreftforskning, og det foreslås en økning i bevilgningen til kreftforskning med 8 mill. kroner fra 1999. Midlene skal fordeles mellom Norges Forskningsråd og senter for medisinsk metodevurdering.

Det foreslås bevilget 123 mill. kroner til gjennomføringen av kreftplanen i 1999 under kap. 739.65.

Post 70 Behandlingsreiser til utlandet**1. Formål og hovedprioriteringer**

Behandlingsreiser til utlandet er et alternativ/supplement til sykehusinnleggelse og omfatter tilbud til pasienter med revmatiske lidelser; voksne, barn og ungdom, pasienter med psoriasis; voksne, barn og ungdom, samt barn og ungdom med astma og lungesykdommer. Ved behandlingen av statsbudsjettet for 1998 bevilget Stortinget 3 mill. kroner til å inkludere barn med atopisk eksem i behandlingsreisene for barn med astma, allergi og andre kroniske lungesykdommer og til at antall psoriasis pasienter utvides til 600. Staten dekker utgiftene til behandling for barn og voksne. For 1998 ble egenandelen økt med 25 kroner til 100 kroner pr. døgn for voksne pasienter og ledsagere.

2. Resultatrapport 1997

I 1997 ble det i programmet for voksne pasienter med revmatiske lidelser behandlet 1175 pasienter i Tyrkia og 452 i prøveprosjektet i Igalo, Montenegro. Det ble også behandlet 40 ungdommer og 20 barn på Lanzarote. I psoriasisprogrammet ble det sendt 465 voksne, 15 ungdommer og 15 barn. I astmaprogrammet ble det behandlet 126 barn og ungdommer.

Behandlingen foregår nå i Tyrkia (for revmatikere) og på Kanariøyene (øvrige grupper). Sommeren 1997 ble det sendt prøvegrupper med revmatiske pasienter til Igalo-instituttet i Montenegro. Den korte prøveperioden ble vurdert for kort til å gi et tilstrekkelig sammenligningsgrunnlag for å kunne vurdere tilbudet i Montenegro mot tilbudet i Tyrkia. Prosjektet ble derfor videreført med 8 mill. kroner i 1998.

3. Tilstandsvurdering

Psoriasis: I sesongen 1997-98 var innvilgelsesprosenten 72 pst. for voksne, 100 pst. for ungdom og 86 pst for barn.

Revma: I 1997 var innvilgelsesprosenten 56 pst. for voksne og 38 pst. for barn/unge.

Astma- og lungsyke: I 1997 var innvilgelsesprosenten 29,4 pst. for barn og unge.

4. Satsingsområder og resultatmål for 1999

For 1999 tas det sikte på å opprettholde samme volum som i 1998 forutsatt at lønnsøkning og hotellpriser m.v. ikke overstiger prisomregningen. Det regnes med et volum på 1 180 voksne revmatikere og 60 revmatiske barn og unge. I tillegg kommer prøvegruppene til Igalo med 450 revmatiske pasienter. På psoriasisprogrammet anslås et volum på 540 voksne og 40 barn og unge. På astmaprogrammet regnes det med et volum på 120 barn og unge. Videre regnes det med et volum på 40 barn med atopisk eksem.

Prøveprosjektet i Igalo foreslås videreført i 1999. Evalueringen som vil danne grunnlag for fremtidig valg av behandlingssted for revmatikere vil foreligge i desember 1999. Departementet vil komme tilbake til saken i statsbudsjettet for år 2000.

I budsjettnst.S. nr. 11 (1997-98) ba Sosialkomiteen om at Israel igjen blir vurdert som behandlingssted for norske pasienter. Det vises til prøveprosjektet for psoriasis pasienter til Eilat i Israel høsten 1996. Prøvegruppen ble avlyst pga for få påmeldte pasienter. På bakgrunn av at tilbudet i Israel er svært mye dyrere enn tilsvarende behandlingsreiser til

Valle Marina, Gran Canaria, noe som vil føre til færre behandlede pasienter, og at man har et tilfredsstillende tilbud i dag, vil ikke departementet foreslå å sende nye prøvegrupper til Israel.

5. Merknader til budsjettforslaget

I alt føres opp 60,0 mill. kroner under denne posten. Det er da inkludert 6,0 mill. kroner i egenandeler, jf tilsvarende inntekter under kap. 3739, post 02 og 3,5 mill. kroner vedrørende utgifter til pasienter fra andre nordiske land, jf tilsvarende inntekter under kap. 3739, post 03, Diverse inntekter.

Post 71 Tilskudd til Norsk Pasientforening m.fl.

Det foreslås 2,15 mill. kroner i tilskudd til norsk Pasientforenings til drift av foreningens kontor for pasienthjelp.

Det foreslås 1,076 mill. kroner i tilskudd til Landsforeningen til støtte ved krybbedøds virksomhet i 1999.

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.

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 1999 til ca. 29,45 mill. kroner.

Post 74 Reiseutgifter turnuskandidater

Staten refunderer reise- og flytteutgifter ved tiltredelse etter statens regulativ. Det ble bevilget 6,7 mill. kroner til formålet i 1997. Beløpet dekket reise- og flytteutgifter for medisinske kandidater (4,7 mill. kroner), fysioterapikandidater (0,6 mill. kroner) og jordmorkandidater (0,1 mill. kroner), samt kurs for medisinske kandidater og fysioterapikandidater (1,3 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. Utgiftene anslås til 8,2 mill. kroner i 1999.

KAP. 3739 BEHANDLINGSREISER TIL UTLANDET
(jfr. kap. 739)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
02	Egenandeler	3 992	6 430	6 000
03	Diverse inntekter	3 339	3 410	3 500
	Sum kap. 3739	7 331	9 840	9 500

Post 02 Egenandeler

Det føres opp ca. 6,0 mill. kroner under denne posten.

Post 03 Diverse inntekter

Det føres opp 3,5 mill. kroner under denne posten. Beløpet gjelder refusjon for pasienter fra andre nordiske land der reiser koordineres av sekretariatet for behandlingsreiser ved Rikshospitalet.

*Programkategori 10.40 Psykisk helsevern***Programkategori 10.40 Kapitler**

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
0740	Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (jfr. kap. 3740)	96 797	91 950	24 300	-73,5
0742	Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter	20 227	15 650	20 800	32,9
0743	Statlige stimulerings tiltak for psykisk helsevern	104 521	1 239 800	1 499 460	20,9
	Sum kategori 10.40	221 545	1 347 400	1 544 560	14,6

Programkategorien fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gruppe	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
01-23	Driftsutgifter	112 493	123 600	53 450	-56,8
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	502			-0,0
60-69	Overføringer til kommuner	48 937	1 153 400	1 342 500	16,4
70-89	Overføringer til private	59 613	70 400	148 610	111,1
	Sum kategori 10.40 Psykisk helsevern	221 545	1 347 400	1 544 560	14,6

Under denne programkategorien har man nå samlet de spesielle statlige stimulerings tiltakene for tjenester til mennesker med psykiske lidelser som følger av Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006, jfr. St.prp. 63 (1997-98) og Innst. S. nr. 222 (1997-98). Kommunenes og fylkeskommunenes utgifter til tjenester for mennesker med psykiske lidelser er hovedsakelig forutsatt dekket av rammetilskuddet. I tillegg har det siden 1994 vært bevilget øremerkede tilskudd til ulike tiltak for mennesker med psykiske lidelser over statsbudsjettets kap 760, 720 og 761. 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 bo-tiltak og rammetilskudd til fylkeskommunene over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett styrket som følge av Opptrappingsplan for psykisk helse.

Tilskudd til Modum Bads Nervesanatorium er overført fra folketrygdbudsjettets programkategori 30.10 Diverse tiltak i fylkeshelsetjenesten til denne programkategori.

1. Gjennomføringen av opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*1.1. Hovedtall i opptrappingsplanen*

Ved sin behandling av St.prp. nr. 63 (1997-98) sluttet Stortinget seg til hovedlinjene i opptrappingsplanen for psykisk helse. Planen innebærer at det skal investeres for ca. 6,3 mrd. kroner i løpet av planperioden 1999-2006, og at driftsutgiftene gradvis økes til et nivå som ligger reelt ca. 4,6 mrd. kroner over utgiftsnivået i 1998, jfr. tabellen nedenfor.

Det vil være et samlet personellbehov på ca. 9 275 nye årsverk i løpet av planperioden som følge av opptrappingsplanen. Dette behovet har vært vurdert nøye i forhold til den planlagte utbyggingen av tjenestene sett på bakgrunn av forventet tilgang på de ulike personellgrupper som er aktuelle ved gjennomføringen av planen. I lys av

personellsituasjonen ble det i St.prp. nr. 63 (1997-98) lagt til grunn en noe sterkere opptrapping mot slutten enn i starten av planperioden.

Tabellen nedenfor viser de samlede kostnadene knyttet til gjennomføringen av opptrappingsplanen for årene 1999 til 2006.

*Økte utgifter til drift og investeringer for planperioden 1999-2006. Mill. kroner.
(Investeringskostnadene ført etter kontantprinsippet)*

Tiltak	Driftsutgifter Økning fra 1998 til 2006	Investeringer 1999-2006
Brukerrettede tiltak.....	25	0
Kommunale tjenester voksne	1 650	2 516
Kommunale tjenester barn	450	0
Fylkeskommunale tjenester voksne.....	1 191	2 556
Fylkeskommunale tjenester barn og unge	636	881
Tilbud til særlig farlige og vanskelige sinnslidende m.v.....	216	346
Grupper med særlige behov	36	0
Tilbud til samisktalende	20	0
Statlige sysselsettingstiltak.....	186	0
Utdanning/rekruttering av personell, forskning m.v.	161	0
Spesielle driftsutgifter	4	0
Sum	4 575	6 299

Behovet for økte statlige bevilgninger vil være noe lavere enn kostnadsrammen for planen slik dette framgår av tabellen. Viktige årsaker til dette er at investeringstilskudd som allerede ligger inne på statsbudsjettet er forutsatt videreført til nye fylkeskommunale investeringer i planperioden, samt at deler av investeringskostnadene forutsettes finansiert over flere år utover planperioden.

Personellsituasjonen tilsier en noe sterkere årlig opptrapping mot slutten av perioden enn i begynnelsen. Gjennomsnittlig årlig økning vil være omlag 635 mill. kroner.

1.2 Opptrappingsplanen i budsjettforslaget for 1999

I budsjettforslaget for 1999 avsettes det 400 mill. kroner mer til psykisk helsevern sammenliknet med vedtatt budsjett for 1998 (SIII98). Med dette tas et første skritt i realiseringen av opptrappingsplanen. 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. En nærmere vurdering av kommunesektorens økonomi i 1999 og mulige konsekvenser for realiseringen av handlingsplaner på prioriterte områder er gitt i innledningen under punkt 2.3. Som et fundament for psykiatrisatsningen foreslås det å øke de frie inntektene med 65 mill. kroner. Denne grunnfinansieringen er forbeholdt fylkeskommunene. Fordelingen av beløpet på 400 mill. kroner er vist i tabellen nedenfor. Av beløpet under statlige tiltak er 22 mill. kroner satt av til styrking av personelltiltak.

Styrking av det psykiske helsevernet 1999. Mill. kroner

1.	Opptappingsplanen.....	335
1.1.	Kommunene (ømerket tilskudd).....	130
1.2.	Fylkeskommunene.....	157
	Fordelt på:	
1.2.1.	Ømerket tilskudd	57
1.2.2.	Frie inntekter	100
1.3.	Staten.....	48
2.	Grunnfinansiering (frie inntekter til fylkeskomm.).....	65
3.	Sum psykiatrifinansiering.....	400

2. Overordnet formål med programkategorien

Programkategorien omfatter statlige stimulerings tiltak for psykisk helse og andre statlige utgifter til psykiatrimål.

Ansaret for tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser er delt mellom forvaltningsnivåene. Kommunene har drifts- og planleggingsansvar for alminnelige helse- og sosialtjenester, fylkeskommunene har tilsvarende ansvar for spesialisthelsetjenester, mens staten har det overordnede ansvaret for tjenestenes juridiske og økonomiske rammebetingelser. Staten har dessuten ansvar for utdanning av personell på universitets- og høgskolenivå, for trygdeytelser, og for arbeidsmarkedstiltak. I tillegg har staten ansvar for kontroll og tilsyn m.v. med de fylkeskommunale institusjonene. Videre har staten fram til 1.1. 99 driftsansvar for Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri.

I St prp nr 63 (1997-98) Om opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006 ,jf. Innst. S. nr. 222 (1997-98), har Regjeringen lagt fram forslag til konkrete tiltak for å styrke tjenestene til mennesker med psykiske lidelser.

Regjeringen legger til grunn følgende overordnede prinsipper for opptappingsplanen:

- 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

Opptappingsplanen 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 distriktpsikiatriske sentre (DPS'er)
- bygge ut barne- og ungdomspsykiatrien
- stimulere utdanning og forskning

3. Tilstandsbeskrivelse/resultatrapport**3.1 Omfanget av psykiske lidelser**

Psykiske lidelser varierer i varighet, alvorlighet og intensitet. 15-20 pst. av befolkningen har psykiske lidelser i mildere eller alvorligere grad. Men dette er usikre anslag - avgrensningen mellom vanlig forekommende livsproblemer og psykiatriske lidelser er vanskelig. En beregnet forekomst på 20 pst. betyr ikke at en femtedel av befolkningen er psykisk syke hele tiden - det er et uttrykk for at psykiske lidelser er svært utbredt og at mange vil oppleve en psykisk lidelse en eller annen gang i livet.

Rådet for psykisk helse har skjønsmessig beregnet at 126 000 mennesker i Norge har alvorlige psykiske lidelser. Det er anslått at 40 000 av disse har senil demens og andre organiske lidelser som for en stor del tas hånd om i eldreomsorgen, at ca. 20 pst. av en

gruppe på 40 000 -50 000 pasienter trenger behandling og bistand store deler av livet, og at ca. 360 000 mennesker til en hver tid kan ha moderate psykiske lidelser.

Kartlegginger tyder på at omfanget av de alvorligste lidelsene (psykosene) er stabile. Men det er påvist at visse typer lidelser har økt de siste ti årene, f. eks. spiseforstyrrelser, og det er antagelig blitt flere tilfeller av depresjoner og personlighetsforstyrrelser.

3.2 Kommunale tjenester

Kommunale tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser inngår i de kommunale helse- og sosialtjenestenes generelle oppgaver, og er ikke skilt ut i egne etater eller organisatoriske enheter. Disse tjenestene finansieres gjennom rammetilskuddet fra staten og andre ubundne kommunale inntekter som skatter og avgifter m. v. Mennesker med psykiske lidelser mottar kommunale tjenester fra mange forskjellige kommunale etater, og etatene fører ikke statistikk over hvor stor del av tjenesteproduksjonen som går til bestemte grupper. Kommunenes ressursinnsats til mennesker med psykiske lidelser og utviklingen over tid lar seg derfor vanskelig beskrive med tall.

Flere undersøkelser tyder imidlertid på at personer med alvorlige psykiske lidelser er blant de som har svakest tilbud i kommunene og dårligst levekår.

Den statistikken som er tilgjengelig indikerer at det har vært en kraftig økning i tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser etter at ordningen med øremerkede tilskudd til kommunene ble innført i 1995. Dette tyder på at de øremerkede tilskuddene brukes etter hensikten og at de er et egnet virkemiddel for å bygge opp tjenestetilbudene i kommunene.

3.3 Fylkeskommunale tjenester

Det spesialiserte psykiske helsevern er en del av fylkeskommunenes ansvar, som for øvrige spesialiserte helsetjenester. Fylkeskommunens plikt til å yte psykiatriske spesialisttjenester er i dag hjemlet i lov om psykisk helsevern av 28. april 1961.

Regjeringen vil høsten 1998 legge fram forslag til ny lov om spesialisthelsetjenester der det foreslås å samle sykehusloven og de administrative bestemmelsene i lov om psykisk helsevern i en felles lov.

Rammefinansiering er hovedfinansieringsformen for de psykiatriske spesialisttjenestene. I tillegg til rammetilskuddene som ytes over kap. 572, post 60 under Kommunal- og arbeidsdepartementet gis det refusjon fra folketrygden for poliklinisk virksomhet samt spesielle øremerkede tilskudd. Som ledd i Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006 vil de øremerkede tilskudd til psykisk helsevern bli vesentlig trappet opp – både til investeringer og drift. Fra 1. januar 1999 vil kapitalrefusjonsordningen for sykehusbygg utvides til også å omfatte psykiatriske sykehus og psykiatriske sykehusavdelinger.

Som det framgår av tabellen nedenfor var de samlede offentlige driftsutgifter til psykiatriske spesialisthelsetjenester 6,629 mrd. kroner i 1997. Av dette gikk 12,3 pst. til psykisk helsevern for barn og ungdom og 87,7 pst. til psykisk helsevern for voksne. 82,4 pst. ble dekket av fylkeskommunenes frie inntekter - dvs skatteinntekter og det statlige rammetilskuddet gjennom inntektssystemet. Staten finansierte i 1997 14,9 pst. av driftsutgiftene i psykisk helsevern, mot 12,4 pst. i 1996.

*Finansiering av psykiatritjenesten etter spesialitet og finansieringsform 1996 og 1997.
Faste priser (1997=100), prisindeks for kommunalt konsum. Mill. kroner. Kilde: SINTEF-
Unimed/NIS. (Foreløpige tall.)*

	1996		1997		Pst. endring 1996-97
Finansiering og bruk	Mill. kroner	Pst.	Mill. kroner	Pst.	
Totalt.....	6 319	100,0	6 629	100,0	4,9
Finansiert av staten	784	12,4	988	14,9	26,0
Finansiert av fylkeskommunene	5 340	84,5	5 465	82,4	2,3
Salgsinntekter m.v.	195	3,1	176	2,7	-9,5
Brukt på voksenpsykiatri	5 598	88,6	5 815	87,7	3,9
Brukt på barne- og ungdomspsykiatri....	721	11,4	815	12,3	13,0

Fra 1996 til 1997 økte statens bidrag til finansieringen av psykisk helsevern med 204 mill. kroner, eller 26 pst., fra 784 mill. kroner i 1996 til 988 mill. kroner i 1997. Denne økningen er i all hovedsak knyttet til økningen i de øremerkede tilskuddene til styrking av tilbudet i psykisk helsevern. Fylkeskommunens bidrag økte med 125 mill. kroner, eller 2,3 pst., fra 5,34 mrd. kroner i 1996 til 5,46 mrd. kroner i 1997.

Utviklingen i antall behandlede psykiatriske pasienter, og antall institusjonsopphold fremgår av tabellen nedenfor. Antall polikliniske konsultasjoner i voksenpsykiatrien har økt med 26,8 pst. fra 1992 til 1997, eller med 94 300 konsultasjoner. Antall institusjonsopphold i voksenpsykiatrien har økt med 17,6 pst., eller 4 916 opphold.

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Polikliniske konsulta- sjoner i voksenpsykiatrien...	351 500	373 000	407 000	437 000	438 500	445 800
Antall institusjonsopphold i voksenpsykiatrien	27 980	28 290	28 476	29 870	31 731	32 896
Polikliniske konsulta- sjoner i barne- og ungdomspsykiatrien	135 500	149 800	167 500	180 700	140 000*	140 800
Antall institusjonsopphold i barne- og ungdoms- psykiatrien.....	1 082	1 262	1 090	1 164	1 182	1 170

Kilde: SINTEF-Unimed/NIS, Samdata psykiatri (tallene for 1997 er foreløpige)

Antall polikliniske konsultasjoner i barne- og ungdomspsykiatrien har økt med 5 300 fra 1991 til 1997. Antall institusjonsopphold har økt med 88 fra 1992 til 1997.

Når det gjelder polikliniske konsultasjoner er det fra 1996 brukt mer detaljerte registreringsrutiner enn tidligere. Dette gjør at man ikke inkluderer telefonkonsultasjoner i polikliniske konsultasjoner fra 1996. Telefonkonsultasjoner har trolig inngått for enkelte institusjoner i tidligere år. Dette kan forklare deler av nedgangen i antall polikliniske konsultasjoner fra 1995 til 1996.

Rammefinansieringen for somatiske sykehus er fra 1. juli 1997 supplert med innsatsstyrt finansiering for inneliggende pasienter. Refusjonene er basert på DRG-systemet. ("DRG" - diagnoserelaterte grupper). Dette er særlig godt utviklet for grupper der operative inngrep utgjør en viktig del av behandlingen, mens beregning av utgifter og dermed fastsetting av priser er vanskeligere for grupper med eksempelvis psykiatriske lidelser.

Det er verken i Norge eller internasjonalt utviklet noe DRG-system som grupperer psykiatriske pasienter på en meningsfull måte etter behandlingskostnader. Derfor er det ikke innført innsatsstyrt finansiering for behandling av inneliggende pasienter ved psykiatriske institusjoner. Departementet vil imidlertid følge utviklingen både nasjonalt og internasjonalt når det gjelder bruk av økonomiske insentiver som styringsverktøy i utformingen av behandlingstilbudene.

3.4 Statlige tjenester og tiltak

Staten har også et ansvar for forskning, utdanning og rekruttering av personell.

Psykiatrien er kanskje den mest personellkrevende delen av helsetjenesten. Derfor er også personellet en kritisk faktor for tjenestene. Mesteparten av behandlingen består i personlig samtale mellom behandler og pasient. Dette stiller helt spesielle krav til behandlerne både til kompetanse og personlige egenskaper. Skal resultatet bli godt, må personellet ha god utdanning og bred erfaring. Det største problemet i mange fylker er ikke mangel på plasser, men mangel på personell.

Utvalget for utredning av intern organisering og ledelse i sykehus, framla i januar 1997 sin innstilling, NOU 1997:2 "Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus". I samarbeid med Kommunenes sentralforbund er det etablert Forum for ledelse og organisering i sykehus. Forumet skal utvikle strategier og stimulere til utviklingsprosjekter for ledelse og mer effektiv organisering i både somatiske og psykiatriske sykehus.

For å kunne gi bedre tilbud til mennesker som rammes av psykiske lidelser er det en rekke grunnleggende spørsmål som krever ny viten, og derfor forskning. Forskning om mental helse er krevende, og problemstillingene omfattende og sammensatte. Som nevnt er årsakene til de fleste psykiske lidelser sammensatte og skyldes samvirke av mange forskjellige faktorer. Psykisk helsevern har rekrutteringsproblemer i forhold til flere typer fagstillinger. Forskning som bidrar til å øke fagfeltets vitenskapelige status er viktig for å få flere fagpersoner til å videreutdanne seg innenfor psykisk helsevern.

Forskningsaktiviteten innen psykisk helsevern har økt de senere årene, men det er fremdeles store behov for forskningsresultater. Dette gjelder både forekomst, årsaker til lidelsene, virkninger av behandlingen, ressursbruk og organisering. Mental helse programmet til Norges Forskningsråd går inn i sitt siste år, og det vil bli utarbeidet et nytt programnotat i løpet av 1999.

Mennesker med psykiske lidelser har ofte problemer med å få tilgang til arbeidslivet og å bli værende der. Det er satt i gang ulike tiltak for å integrere personer med psykiske lidelser i arbeidslivet, men tiltakene har ikke fungert tilfredsstillende. Hovedproblemene har vært knyttet til samarbeidet mellom den kommunale helse- og sosialtjenesten og arbeidsmarkedsetaten, og at tiltakene ikke har vært tilstrekkelig tilpasset målgruppens behov.

Ulike tiltak er satt i gang for å bedre tilbudet. Arbeidsforskningsinstituttet har fått i oppdrag å kartlegge tilbudene og behovene for arbeidsmarkedstiltak for mennesker med psykiske lidelser. Det er satt i gang lokale tverretatlige arbeidsforberedende tiltak med deltakelse fra arbeidsmarkedsetaten og den kommunale helse- og sosialetaten. Erfaringer fra slike tiltak vil bli brukt for å sikre gode og fleksible arbeidstilbud for mennesker med psykiske lidelser.

3.5. Brukertiltaak og informasjon

Økt brukermedvirkning er et overordnet mål. Brukerne er ofte i et avhengighets- eller underlegenhetsforhold til behandlere og andre hjelpere. Det er ikke lett å fremme egne synspunkter i en slik situasjon. Det er derfor satset på økt brukermedvirkning på flere felter.

Brukerorganisasjonene har den senere tiden blitt mer etterspurt når det gjelder deltakelse i offentlige organer og tiltak, slik som statlige, kommunale og fylkeskommunale planleggingsgrupper, kvalitetsutvalg, pasientombudsråd, konferanser etc. Denne økte aktiviteten krever økte ressurser til organisasjonene.

Informasjon om psykiske lidelser og tjenestetilbud må styrkes. Økt desentralisering og oppbygging av tjenestetilbud i kommunene krever innsikt om psykiske lidelser i befolkningen.

4. Virkemidler og forventede resultater

4.1 Kommunale tjenester

Ved Stortingets behandling av St.meld. nr. 25 (1996-97) var det bred enighet om å satse på utbygging av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser i kommunene. Ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 63(1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 er dette fulgt opp og det ble gitt tilslutning til en vesentlig økning av det øremerkede tilskuddet til psykiatri i kommunene i opptrappingsperioden. Det legges opp til styrking av hjemmetjenestene, boligtilbud og dagtilbud og andre tiltak som skal bidra til at mennesker med psykiske lidelser skal kunne fungere best mulig i hverdagen. Opptrappingsplanen understreker kommunenes ansvar for forebyggende arbeid, og at dette må vektlegges i de kommunale planene. Det er viktig at de tiltakene som foreslås styrket også ses i et forebyggingsperspektiv. Barn og ungdom med psykiske lidelser er i liten grad omhandlet i de kommunale planene. Det er understreket at også denne gruppa må omfattes av planene,

og at styrking av tiltak også her må prioriteres. For barn og ungdom er forebyggingsperspektivet særlig vektlagt. Brukernes behov og medvirkning skal tillegges stor vekt for å øke kvaliteten på tjenestene. Det understrekes at kommunene og fylkeskommunene må samarbeide nært for å sikre et helhetlig tilbud de enkelte bruker.

4.2 Fylkeskommunale tjenester

For å realisere målene i Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 vil departementet gi tilskudd til fylkeskommunene til omstrukturering / utbygging av voksenpsykiatrien og utbygging av barne- og ungdomspsykiatrien i form av tilskudd til investeringsutgifter, og gi tilskudd til økt drift gjennom å videreføre og øke det generelle øremerkede tilskuddet til psykisk helsevern i fylkeskommunene.

Investeringsstilskudd skal fordeles etter søknad, og det er opprettet et sekretariat som skal bistå fylkeskommunene i å utarbeide planer og søknader om midler og behandle disse. Planer for utbygging av tjenester i det enkelte fylke skal inngå i den regionale helseplan.

4.3 Statlige tjenester og tiltak

I Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 går departementet inn for at 4000 flere personer skal få tilbud om arbeid i løpet av planperiodens åtte år. Det skal opprettes 2000 nye tiltaksplasser.

Stortinget ba Regjeringen i forbindelse med behandlingen av opptrappingsplanen fremme en sak om hvordan en kan sikre gode og fleksible arbeidstilbud for mennesker med psykiske lidelser, hvor det bl.a. skal legges vekt på avklaring av ansvarsforholdene mellom kommunene og arbeidsmarkedsetaten, jfr. Romertallsvedtak V, Innst.S. nr. 222 (1997-98). Dette er omtalt i budsjettproposisjonen til Arbeids- og administrasjonsdepartementet.

Videre foreslår departementet å evaluere og videreutvikle "Helhetlig psykiatriplanlegging" og andre verktøy for sammenhengende planlegging av tjenestetilbud på tvers av forvaltningsnivåene. Det er også aktuelt å knytte vilkår ved tildeling av øremerkede midler, for å sikre samordning av kommunale og fylkeskommunale tjenester til mennesker med psykiske lidelser.

For å bedre tilgangen på helsepersonell og øke personellens kompetanse når det gjelder psykiske lidelser, er det i Handlingsplan for helse og omsorgspersonell 1998-2001 foreslått å prioritere personelltiltak i psykiatri i 1999. Det foreslås

- å øke kapasiteten i tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid, Departementet vil også
- styrke spesialistutdanningen av psykiatere i områder med svak dekning,
- styrke undervisnings- og opplæringstilbudene innen spesifikke behandlingsformer og behandlingsprogrammer der kompetansegrunnlaget er for svakt i dag og,
- stimulere til økt etterutdanning på områder der kunnskapsgrunnlaget i dag er for svakt.

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 Norges Forskningsråds programmer for mental helse og helsetjenesteforskning, schizofreniforskning, statistikkutvikling for å styrke kunnskapsgrunnlaget, og til et program for evaluering av opptrappingsplanen. Forskningen skal bidra til å heve fagets vitenskapelige status og dermed bidra til økt rekruttering til fagfeltet.

4.4 Brukertiltak og informasjon

Regjeringen vil i løpet av 1998 legge fram forslag til ny helselovgivning som i større grad vektlegger medvirkning for brukere.

Departementet er opptatt av at brukernes synspunkter skal bli hørt og at brukerne skal få være med på å bestemme hvilket tilbud som skal gis. Departementet ønsker å styrke muligheten for brukermedvirkning på alle nivå.

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 skal bygge opp egen organisasjon, være med på å etablere brukerstyrte sentre og drive informasjonsvirksomhet. Virksomheten til organisasjonene forventes å øke mulighetene for den enkelte bruker og pårørende til å delta i utformingen av eget tjenestetilbud.

5. Resultatoppfølging og kontroll

Departementet vil fortløpende følge opp opptrappingsplanen gjennom de mål og resultatkrav som vil bli stilt for tilskuddsordningene, samt overvåke gjennomføringen av kommunale og fylkeskommunale planer. Det vil bli etablert et eget evalueringsprogram for å følge effektene av opptrappingsplanen etterhvert som denne gjennomføres, og eventuelt justere bruken av virkemidlene. Samarbeidet med Kommunenes Sentralforbund når det gjelder oppfølgingen av kommunesektorens arbeid med å realisere intensjonene i psykiatrimeldingen og opptrappingsplanen vil bli videreført. Fylkeslegene skal bistå kommunene i planprosessen, og det er bevilget midler til veilederstillinger hos fylkeslegene for dette arbeidet. Det er etablert et eget sekretariat i departementet som skal bistå fylkeskommunene i utformingen av planene for omstrukturering og styrking av tjenestetilbudet. Oppfølgingen må ses i nær sammenheng med oppfølgingen av handlingsplanen for eldreomsorgen og andre relevante satsninger overfor kommunesektoren.

Planene har tre siktemål:

1. Være redskap for den enkelte kommune/fylkeskommune
2. Være en forutsetning for tildeling av statlige midler.
3. Være grunnlag for resultatoppfølgingen av den enkelte kommune/fylkeskommune fra fylkeslege/ departement.

Kommunene

Resultatoppfølging for øremerkede tilskudd til kommunene har hittil foregått gjennom årlig rapportering fra kommunene til landets fylkesleger. Innholdet i rapporteringen er basert på de retningslinjer/føringer som har vært gitt kommunene i årlige rundskriv (bl.a. antall opprettede stillinger, dagtilbud, støttekontakter). For 1998 ble det stilt som vilkår for utbetalingen av tilskott at kommunene hadde utarbeidet planer som dekket tiltakene for mennesker med psykiske lidelser, og lagt fram tilfredsstillende rapporter for bruken av tilskuddene. Videre har det vært et krav at kommunene hadde tilfredsstillende vedtak på bruk av eventuelle overføre midler fra tidligere år. Departementet engasjerte i 1997 Statskonsult til å foreta en evaluering av tilskuddsordningen. Rapport fra evalueringen foreligger, og denne vil bli benyttet i det videre arbeidet med tilskuddsordningen og samspillet med kommunene. For 1999 vil resultatoppfølgingen bli videreutviklet og styrket. Det tas sikte på nøye å følge utviklingen av de ulike kommunale tiltakene i opptrappingsplanen gjennom denne oppfølgingen.

Den statlige ressursinnsatsen både i form av investeringstilskudd til bygging av omsorgsboliger og det generelle driftstilskuddet står sentralt her. Det viktigste virkemidlet for å følge opp de nasjonale målene er at kommunene skal utarbeide lokale handlingsplaner. Kommunenes planer for utbygging av tjenester skal innarbeides i kommunenes overordnede planer (økonomi- og kommuneplaner).

Oppfølging og kontroll med kommunenes bruk av bevilgningen baseres i hovedsak på følgende tre forhold:

- Ordinær revisjonskontroll fra kommunerevisjonen med at de statlige midlene inntektsføres på de aktuelle områdene i kommuneregnskapet.
- Følge de aktuelle resultatindikatorer for tjenesteutvikling og vurdere disse i forhold til angitte mål i de kommunale handlingsplanene.
- Sammenholde opplysninger fra kommunens ordinære budsjett og regnskaper og størrelsen på de øremerkede tilskuddene, for å vurdere hvorvidt det skjer lekkasjer av psykiatrimidler til andre sektorer i kommunen.

Ut fra dette skal det vurderes om de oppnådde resultater står i forhold til ressursinnsatsen. Fylkeslegene har hatt og vil ha en viktig rolle. Også fylkesmennene vil bli brakt inn i dette arbeidet.

Slik de kommunale tjenestene er organisert og det kommunale budsjett- og regnskapssystemet er bygd opp er det vanskelig å direkte etterprøve hvilken effekt de øremerkede statlige tilskuddene har i forhold til kommunenes egenfinansiering, dvs. bruk av frie inntekter fra skatter og rammetilskudd. Tiltak for å sikre at tilskuddene nyttes til formålet omtales nedenfor.

Når det gjelder forvaltningen av investeringstilskuddet og midlene til kompensasjon for renter og avdrag til omsorgsboliger, vil de ordinære kontroll- og oppfølgingsrutiner for Husbankens avdelinger komme i tillegg.

Fylkesmannen og fylkeslegen skal gå gjennom de kommunale planene før de øremerkede tilskuddene for 1999 utbetales. Unntaksvis vil de ut fra den enkelte kommunes

økonomiske situasjon, kunne vurdere nærmere de aktivitetskrav som kreves ved tildeling av de øremerkede midlene.

Sosial- og helsedepartementet vil bidra til å styrke planarbeidet i kommunene, bl.a. ved å stimulere til at arbeidet med psykiatriplanene knyttes tettere til det øvrige kommunale planarbeid (kommuneplan, helse- og sosialplan, økonomiplan og budsjett). Et viktig virkemiddel for å nå de nasjonale målene er kravet om at de planlagte tiltakene innarbeides i årsbudsjetter og kommunenes fireårige økonomiplaner. Videre er det viktig å se de ulike statlige satsingene i forhold til kommunesektoren i sammenheng. Dette gjelder f.eks. ift. eldresatsingen, unge funksjonshemmede og mennesker med psykisk utviklingshemming.

Ved å sammenholde aktuelle tall for tjenesteutvikling i kommunene og de angitte mål i de kommunale planene vil statlige myndigheter følge kommunens satsing og prioriteringer. Dersom kommunenes planer og oppnådde resultater viser en urimelig lav kommunal innsats i forhold til nivået på de tilskuddene kommunen mottar, kan tilskuddene vurderes holdt tilbake eller kreves tilbake.

Fylkeslegen og fylkesmannen skal vurdere de innsendte kommunale planene og innrapporteringen av midler forøvrig. På bakgrunn av dette utløses det statlige tilskuddet.

Fylkesmannen/fylkeslegen skal i planperioden løpende vurdere bl.a. status i kommunene og gjennomføringen av de mål som er satt i de kommunale planene.

Departementet vil utarbeide retningslinjer for fylkesmennenes og fylkeslegenes oppfølging av kommunenes bruk av tilskuddsmidlene. Det tas sikte på at utbetalingen av tilskuddene delegeres til fylkesmennene/fylkeslegene i likhet med tilskuddene i eldresatsinga.

Fylkeskommunene

Resultatoppfølgingen for øremerkede tilskudd til fylkeskommunene foregår gjennom årlig rapportering for bruken av disse midlene til departementet. Fylkeslegene er også koblet inn i arbeidet med gjennomgang av disse rapportene. Sekretariatet vil få 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 (bl.a. tiltak for unge schizofrene, økt behandling i barne- og ungdomspsykiatrien). Rapporteringen fra fylkeskommunene har vært supplert med informasjon om den samlede innsats innen psykisk helsevern fra annen aktuell statistikk (fra Samdata psykiatri (SINTEF-NIS) og Statistisk sentralbyrå (SSB)).

I St.prp. nr. 63 (1997-98) er det stilt som vilkår for utbetaling av øremerket tilskudd at det foreligger en plan for utbygging og omstrukturering av det psykiske helsevern i fylket. Departementet vil gjennom godkjenning av planene og i den årlige oppfølgingen påse at det er et rimelig samsvar mellom den fylkeskommunale innsatsen og de tilskuddene som fylkeskommunen mottar. Dersom fylkeskommunenes innsats ikke står i et rimelig forhold til godkjente planer og forventede resultater, kan tilskudd vurderes holdt tilbake eller kreves tilbake.

For den delen av investeringstilskuddene til utbygging og omstrukturering som fordeles etter søknad, vil det også bli stilt krav om særskilte prosjektrengskap. Regnskapstallene vil blant annet bli brukt for å foreta en nøyaktig avregning av tilskuddsbeløpet. Rapportering av driftsmidler vil være basert på bruk av den løpende statistikken om årsverk, døgnopphold, polikliniske konsultasjoner mv. Utviklingen av rapporteringsoppleggene vil bli drevet i nært samarbeid med Kommunal- og regionaldepartementet og kommunesektoren, og sett i nær sammenheng med andre relevante rapporteringsopplegg, særlig KOSTRA (KOMMune-STat-RAPporteringen under Kommunal- og regionaldepartementet).

Departementet vil understreke at det er svært viktig å følge opp også den kvalitative effekten av psykiatrisatsningen. Dette vil skje bl.a. gjennom evalueringsprogrammet og styrket psykiatrisk helsetjenesteforskning og må gjelde alle ledd i tjenestene.

KAP. 740 STATENS SENTER FOR BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI (SSBU)
(jfr. kap. 3740)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	96 295	91 950	16 700
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	502		
60	Tilskudd til Oslo kommune			7 600
Sum kap. 0740		96 797	91 950	24 300

1. Overføring av institusjonen til Oslo kommune

I St.prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 foreslo Sosial- og helsedepartementet å overdra SSBU til Oslo kommune i samsvar med framlagt avtale. I Innst.S. nr. 222 (1997-987) sluttet Stortinget seg til dette. Overdragelse skal skje pr. 1. januar 1999. Oslo kommune forplikter seg til å videreføre SSBU som barne- og ungdomspsykiatrisk senter som skal dekke følgende formål:

- Barne- og ungdomspsykiatriske spesialisttjenester til befolkningen i Oslo kommune.
- Kliniske regionfunksjoner for helseregion I og II etter avtale om kjøp og salg av tjenester.
- Kliniske tjenester til andre fylkeskommuner i en tidsavgrenset periode.
- Sykehus med universitetsklinikkfunksjoner.

Oslo kommune, SSBU og Nic Waals institutt vil i tillegg ha særlige forutsetninger for og derfor et særlig ansvar for forsknings- og utviklingsarbeid innen det barne- og ungdomspsykiatriske fagområdet.

Ved overdragelsen vil statens subsidiering av gjestepasientprisen ved institusjonen bortfalle. Innsparte midler er dels foreslått omdisponert til utdannings- og forskningsformål gjennom oppbygging av regionsenter for helseregion I og II, dels foreslått lagt inn som en styrking av det øremerkede tilskudd til fylkeskommunene for å kompensere for merutgifter ved utbygging av egne tjenester eller ved videre bruk av institusjonen.

Det planlegges bygging av barnehage for Rikshospitalet på et tomteområde som i dag disponeres av SSBU. For å påse at utbyggingen tar hensyn til behandlingsvirksomheten ved SSBU er det etablert en kontaktgruppe mellom utbygger (Statsbygg), de berørte institusjonene og departementet.

2. Resultatrapportering 1997

Kvalitetssikring og - utvikling ble gitt høy prioritet i 1997. Flere avdelinger har gjennomført brukerundersøkelser som ledd i dette arbeidet. Likeledes er arbeidet med CBCL-registrering videreført i 1997. CBCL fungerer som en indikator på behandlingsresultat.

2.1 Klinisk aktivitet

367 nye pasienter er henvist senteret i 1997 - en nedgang på 7 pst. fra 1996. Om lag 2/3 av henvisningene kommer fra helseregion I og II. Henvisningene fra landet forøvrig kommer først og fremst fra de to nordligste fylkene. For innleggelse på psykoseavdelingen og for utredning tilknyttet gjennomgripende utviklingsforstyrrelser og nevropsykiatri har det vært betydelige ventelister også i 1997.

Resultatmål for SSBU:

Resultatmål	Resultat 1994	Resultat 1995	Resultat 1996	Mål 1997	Resultat 1997	Mål 1998	Mål 1999
Antall kurdøgn.....	11 807	11 636	12 481	11 250	11 847	11 250	11 250
Antall kurdager.....	4 442	4 361	2 399	3 400	2 243	3 400	3 400
Antall utskrevne pasienter døgn/dag.....	338/132	336/192	319/197	338/132	341/175	338/132	338/132
Gjennomsnittlig liggetid i døgn (inkl. reinnleggelser)	21,0	21,0	20,0	21,0	18,0	21,0	21,0
Sengeutnyttelse i pst.	74,1	72,9	71,1	79,0	74,0	79,0	79,0
Poliklinikk:							
- antall konsultasjoner...	3 606	3 330	3 055	3 500	2 557	3 500	3 500
- antall polikliniske pasienter totalt.....		300	367	383	313	383	383

Som det fremgår av tabellen har senteret i all hovedsak oppfylt de aktivitetskrav som ble stilt for 1997. Antall kurdøgn er positiv med 597 døgn, mens kurdager er negativt med 1157 dager, noe som gir en samlet kurdøgnssvikt på 271 døgn for 1997. Antall utskrevne døgn- og dagpasienter er positiv med hhv 3 og 43 pasienter, mens antall polikliniske pasienter er negativt i forhold til den plan som ble lagt for året. Av tabellen ser en videre at innleggelsesperioden holdes kortere enn tidligere, med stor vekt på planleggingsarbeidet sammen med familie og henvisningsinstans både før og etter selve oppholdet i avdelingene.

2.2 Undervisningsavdelingen

I 1997 var om lag 8,5 årsverk tilknyttet avdelingen. Dette er stillinger som er kanalisert avdelingen delvis via interne omprioriteringer. Ved prioritering av områder for avdelingens etterutdanningstilbud, har en tatt utgangspunkt i etterspørsel/behov meldt fra institusjoner i helseregion I og II. Samtidig gjenspeiler etterutdanningstilbudet den kompetansen SSBU har, og som for en stor del er knyttet til de kliniske satsningsområdene ved senteret. Utover etterutdanningstilbud, har avdelingen ansvar for videreutdanning i familieterapi inklusiv høyere utdanning i familieterapi, og miljøterapi.

Tilbudet skjer i samarbeid med Høgskolen i Oslo og Diakonhjemmets høgskolesenter. Sammen med NWI samarbeider SSBU videre om etterutdanningstilbud til alle yrkesgrupper innen barne- og ungdomspsykiatrien i helseregion I og II.

2.3 Forskningsavdelingen

I alt 10,5 forskere har i 1997 arbeidet i avdelingen for kortere eller lengre tid. Av klinikernes arbeidstid var rundt fire og et halvt årsverk øremerket forskning i 1997. De fleste igangværende prosjektene ved avdelingen er på doktorgradsnivå, enten i samarbeid med eksterne institusjoner, eller i tilknytning til de kliniske avdelinger ved SSBU tilknyttet senterets satsingsområder: nevropsykiatri, inkludert oppmerksomhetsforstyrrelser og hyperaktivitet, gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, psykoser hos ungdom, anorexi/kronisk sykdom, epidemiologi og genetikk.

Sentrale utviklingsindikatorer for undervisning og forskning ved SSBU, 1993-97:

	1993	1994	1995	1996	1997
<i>Undervisningsavdelingen:</i>					
Antall studenter	30	45	60	80	90
Ressursbruk (i mill. kroner) ...	1,9	2,6	2,3	2,8	2,9
<i>Forskningsavdelingen:</i>					
Ressursbruk (i mill. kroner)....	1,1	1,9	4,5	4,5	4,5

3. Merknader til budsjettforslaget for 1995**Post 01 Driftsutgifter og post 60 Tilskudd til Oslo kommune**

I henhold til den inngåtte avtale skal staten dekke nærmere angitte utgifter til vedlikehold og kostnader vedr. eiendomsoverdragelsen. Videre vil det påløpe utgifter til feriepenger til de ansatte.

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 229,8 pr. 1. oktober 1996 og 221,2 pr. 1. mars 1998.

KAP. 3740 STATENS SENTER FOR BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI
(jfr. kap 740)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
02	Salgs- og leieinntekter	4 746	3 765	300
03	Diverse lønnsinntekter	2 508		
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	34		
16	Refusjon av fødselspengar	1 391		
60	Refusjon fra fylkeskommuner	44 844	47 635	12 000
	Sum kap. 3740	53 523	51 400	12 300

Post 60 Refusjon fra fylkeskommuner

På grunn av forsinket gjestepasientoppgjør for 4. kvartal 1998 er det budsjettert med refusjonsinntekter fra fylkeskommunene.

Gjestepasientpriser i 1998:

Gruppe			
I.	Familieseksjonen, pris pr. Familiemedlem og barneseksjonen		3 010
II.	Ungdomsseksjonen og prosjektseksjonen.....		3 895

KAP. 742 FORPLEINING, KONTROLL OG TILSYN MED PSYKIATRISKE PASIENTER

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	16 198	14 350	17 000
60	Tilskudd	4 029	1 300	3 800
	Sum kap. 0742	20 227	15 650	20 800

1. Formål og oppgaver

Kontrollkommisjoner skal ha tilsyn med alle som er under psykisk helsevern i henhold til § 8 i lov om psykisk helsevern. Etter lovens § 20 skal staten dekke alle utgiftene som angår kontrollkommisjonene.

Kontrollkommisjonenes oppgave er å behandle klager på overlegens beslutninger om tvangsinnleggelse, overvåke rettssikkerheten til psykiatriske pasienter og føre tilsyn med:

- trivsel og atferd,
- tvangsbehandling,
- kontroll med post,
- kontroll med midler fra folketrygden,
- oppnevning av verge/hjelpeverge.

Fylkeslegen skal føre tilsyn med helsetjenesten i fylket i henhold til lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Klage på medisinsk behandling skal rettes til fylkeslegen og hører således ikke direkte inn under kontrollkomisjonens tilsynsområde.

Statens helsetilsyn er fra departementet delegert myndighet til å gi nærmere regler om kontrollkomisjonens virksomhet jfr. § 8 første ledd i lov om psykisk helsevern, og til å gi supplerende bestemmelser om saksbehandlingen jfr. §9 åttende ledd.

Kontrollkomisjonene er suverene når det gjelder avgjørelser i klagesaker, og kan bare overprøves av domstolene. Kontrollkomisjonenes virksomhet omfattes heller ikke av lov om statlig tilsyn. Et generelt tilsyn med kontrollkomisjonenes virksomhet utøves i dag ved at Helsetilsynet / fylkeslegen mottar årsrapporter. I tillegg avholder Helsetilsynet årlige konferanser for samtlige av landets kommisjoner.

2. Resultatrapportering

Kontrollkomisjonene avgir årsrapporter fra sitt arbeid. Statens helsetilsyn har utarbeidet en mal for kontrollkomisjonenes årsrapporter. Landet har 57 kontrollkomisjoner. Pr. 25. august 1998 har Helsetilsynet mottatt årsrapport for 1997 fra 51 kommisjoner. Helsetilsynet har etter gjentatte purringer ikke klart å innhente årsrapporter fra de seks siste kommisjonene.

Helsetilsynet mottar nyttig informasjon via årsrapportene, men det er behov for en mer systematisk bearbeiding av rapportene for å kunne bruke materialet mer aktivt som et ledd i å styrke psykiatriske pasienters rettssikkerhet med tanke på blant annet

- erfaringsoverføring,
- mer aktiv oppfølging av kontrollkomisjoner som ikke fungerer tilfredsstillende,
- avdekke lokale forskjeller vedrørende tvangsbehandling.

Helsetilsynet har gjennom et forprosjekt i 1998 påbegynt arbeidet med å utarbeide et mer standardisert opplegg for gjennomgang av årsrapportene og dermed en mer aktiv oppfølging av kontrollkomisjonene.

3. Satsingsområder

Helsetilsynet vil videreføre arbeidet med en styrket oppfølging av kontrollkomisjonene ved å utarbeide et mer standardisert opplegg for gjennomgang av årsrapportene. Det tas sikte på at arbeidet kan gjennomføres i 1999 som et selvstendig prosjekt. Viktige arbeidsfelt for prosjektet vil være:

- systematisk gjennomgang av Helsetilsynets og fylkeslegens rolle i oppfølgingen av kontrollkomisjonene, utarbeide en ny mal for årsrapport etter gjennomgang av hvilke opplysninger det er behov for til å følge opp kontrollkomisjonene på en hensiktsmessig måte og statistikkbearbeidelse av materialet,
- utarbeide et system for erfaringsoverføring og tilbakemelding til kontrollkomisjonene.

De årlige konferansene for kontrollkomisjonene er et viktig bidrag i arbeidet med å sikre erfaringsoverføring, kompetanseutvikling og oppdatering av regelverk som skal sikre god kvalitet og enhetlig praksis i kommisjonenes arbeid.

Departementet er kjent med at enkelte kontrollkomisjoner ikke har fungert tilfredsstillende. Departementet vil i samarbeid med Helsetilsynet videreutvikle de årlige kontrollkomisjonskonferansene som et virkemiddel til å skape en øket bevissthet om hvordan kontrollkomisjonene skal arbeide. Departementet viser videre til det pågående arbeid med forslag til ny psykiatrilov. Etter departementets oppfatning vil et mer moderne regelverk med en klarere definert kompetanse i klagesaker kunne bidra til en bedre kvalitet på kontrollkomisjonenes saksbehandling.

Merknader til de enkelte poster

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker utgiftene til kontrollkomisjonene i psykisk helsevern, herunder utgifter til forberedelse og gjennomføring av årlig kontrollkomisjonskonferanse. Bevilgningen dekker også utgifter i forbindelse med Helsetilsynets prosjekt som skal gjennomgå kontrollkomisjonenes rapportering. Satsene for godtgjørelse til kommisjonsmedlemmene er revidert, og nye satser er gjort gjeldende fra og med 1. april 1998.

Post 60 Tilskudd

Bevilgningen skal bl.a. dekke utgifter ved opphold i psykiatriske institusjoner for utlendinger uten eget samtykke eller etter bestemmelsene i lov om psykisk helsevern §§ 3

og 5. Bevilgningen skal videre dekke utgifter ved hjemsendelse av utenlandske statsborgere når sykehusoppholdet dekkes av denne bevilgningen.

Bevilgningen skal videre dekke utgifter til hjemhenting fra utlandet av sinnslidende norske statsborgere og sinnslidende som har sitt bosted i Norge.

KAP. 743 STATLIGE STIMULERINGSTILTAK FOR PSYKISK HELSEVERN

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
21	Spesielle driftsutgifter		17 300	19 750
60	Utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	33 061	52 600	65 700
61	Tilskudd til psykososialt arbeid for flyktninger, <i>kan overføres</i>	11 847	11 500	15 500
62	Tilskudd til psykiatri i kommuner		450 000	564 000
63	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern i fylkene		420 000	502 900
64	Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern for voksne		98 000	38 000
65	Utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom		120 000	145 000
70	Tilskudd til forskning, videre- og etterutdanning, <i>kan overføres, kan nyttes under post 60</i>	42 979	70 400	85 540
71	Generell erstatning til tidligere lobotomerte, <i>kan overføres</i>	16 634		
72	Tilskudd til Modum bads nervesanatorium			63 070
	Sum kap. 0743	104 521	1 239 800	1 499 460

Det er overført fra 1997 til 1998:

Post 60: 4 445 000 kroner

Post 61: 41 000 kroner

Post 63: 9 502 000 kroner (tidligere kap. 760 post 68)

Post 71: 5 265 000 kroner

Post 21 Spesielle driftsutgifter

1. Formål og virkemidler

Posten finansierer departementets oppfølging av St.meld. nr. 25 (1996-97) og St.prp. nr. 63 (1997-98). Bl.a. må personellforhold i psykiatrien utredes videre. Det er videre etablert et sekretariat knyttet til utbygging og omstrukturering av det fylkeskommunale psykiske helsevern og en stilling for systematisering og evaluering av resultatrapporteringen om bruk av de øremerkede tilskudd til psykiatriske tjenester både i kommuner og fylkeskommuner. Ved landets fylkeslegekontorer er det opprettet stillinger for kommuneveiledere. I tilknytning til psykiatrilovgivningen finnes i tillegg en rekke forskrifter som representerer et omfattende arbeid og som må være på plass før den nye loven kan tre i kraft. Bevilgningen skal dekke lønns- og driftsutgifter knyttet til gjennomføringen av oppgavene som er beskrevet ovenfor.

2. Resultatmål

Utredning av personellforhold og organisasjonsutvikling i psykiatrien er igangsatt. Relevante spesialist- og videreutdanninger utenfor høyskole- og universitetssystemet skal gjennomgås m.h.t. krav og innhold, med sikte på en størst mulig samordning og for å møte helsevesenets og brukernes behov i dag. Det må igangsettes tiltak for rekruttering generelt og for distriktene spesielt.

En utrederstilling benyttes til utarbeidelse av forskrifter knyttet til lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven).

I forbindelse med øremerkede tilskudd til omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern for voksne, og til utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom, er det

opprettet et sekretariat som kan bistå fylkeskommunene med å utarbeide planer og søknader om midler, og behandle disse.

Sosial- og helsedepartementet har i dag en stilling knyttet til systematisering og evaluering av resultatrapporteringer om bruk av øremerkede tilskudd. Denne stillingen foreslås videreført.

SAMDATA Psykiatri er en publikasjon med styringsdata for den psykiatriske spesialisthelsetjenesten og analyserer av utviklingstrekk i sektoren. Departementet har lagt opp til en samordning av statistikk- og rapporteringsrutiner bl.a. gjennom SAMDATA-konseptet. Det er behov for videreutvikling av dette som ledd i resultatrapportering for Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Det er satt igang en rekke utredninger i forbindelse med oppfølging av St.meld. nr. 25 (1996-97). Det vises til meldingen for en nærmere beskrivelse av disse. Som ledd i gjennomføringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse, er det ønskelig å kunne iverksette flere mindre prosjekter og utredninger. Eksempler på dette er utvikling av fylkeskommunale planredskap og videreutvikling av det kommunale planredskapet "Helhetlig psykiatriplanlegging".

For å bistå kommunene med planlegging og organisering av tiltak til mennesker med psykiske lidelser, er det opprettet 4-års engasjementer ved landets fylkeslegekontorer. Fylkeslegene gjør i dag allerede et viktig arbeid på dette feltet, men har behov for økt kapasitet for å følge opp det store antall kommuner, bydeler, distrikter osv. som forestår 1. linjetjenesten i den utstrekning det er ønskelig å styrke dette feltet.

Post 60 Utredninger og utviklingsarbeid, kan overføres, kan nyttes under post 70

1. Formål og hovedprioriteringer

Formålet med bevilgningen er å bidra til utvikling av kvaliteten på tjenestene og kompetansen innen barne- og ungdomspsykiatri og øke tilgangen på kvalifisert personale innen dette feltet. Utvikling av tjenestetilbudet og kompetansen innen spesielle felter i voksenpsykiatrien inngår også i denne posten.

2. Virkemidler

Regionsentre i barne- og ungdomspsykiatri

For å rette opp den geografiske skjevfordelingen i behandlingstilbudet til barn og unge og øke tilgangen på kvalifisert personell, er det etablert regionsentre i barne- og ungdomspsykiatri i helseregion III (Bergen, 1994), IV (Trondheim, 1994) og V (Tromsø, 1991). I helseregion I og II skal det f.o.m. 1. januar 1999 etableres et regionsenter med utgangspunkt i dagens undervisnings- og forskningsvirksomhet ved Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri og Nic Waals Institutt.

Regionsentrenes overordnede målsetting er å bedre kvaliteten på de barne- og ungdomspsykiatriske tjenestene. Virksomheten er konsentrert om undervisning, forskning og utviklingsarbeid med forankring i klinisk virksomhet i barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner i regionen.

Tilskudd til kommuner og fylkeskommuner for videreutdanning og spesialisering av personell

Det gis tilskudd til kommuner for at høyskoleutdannet personell skal ta videreutdanning i psykiatri. Staten dekker 50 pst. av lønn og kommunen må dekke 25 pst. av lønn i utdanningstiden. Det stilles krav om ett års bindingstid etter utdanningen. Det er av særlig betydning at kommunene følger opp intensjonene med opprettingen av tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid ved at andre grupper enn sykepleiere gis tilskudd. Videreutdanningen settes i gang ved høyskolene høsten 1998.

For å bedre tilgangen på psykiatere, er det behov for tilrettelagt utdanning av psykiatere i områder med svak dekning.

Behandlingstilbud til overgripere

I tråd med St.meld. nr. 25 (1996-97) er det behov for å styrke behandlingstiltak til seksualovergripere. De viktigste behandlingsmetodene vil være ulike former for samtalerapi og læringsprogrammer. Det vil også bli startet forsøk med frivillig hormonbehandling for dømt som er funnet skyldig i de mest alvorlige former for seksuelle overgrep.

Styrking av kompetanse og kompetansespredning på områdene vold, aggresjonsproblematikk og seksuelle overgrep skal skje gjennom oppbygging av de regionale kompetansesentrene for sikkerhet, fengsels og rettspsykiatri. Den kunnskap og erfaring som de eksisterende fagmiljøer har skal fortsatt nyttiggjøres i størst mulig grad.

3. Resultatrapportering for 1997

Regionsentre i barne- og ungdomspsykiatri

Regionsentrene i helseregion IV (Trondheim) og helseregion V (Tromsø) er i full drift. Etableringen av senteret i Bergen har tatt lengre tid enn det som ble forutsatt i planleggingsfasen, og 1996 var senterets første driftsår. Det tas sikte på full drift ved senteret fra år 2000. Regionsenterfunksjonen for helseregion I og II vil bli etablert f.o.m. 1. januar 1999.

Når det gjelder undervisning, ble det i løpet av 1997 etablert en ny studiemodell innenfor grunnutdanningen ved Det Medisinske fakultet ved Universitetet i Trondheim; Undervisning i barne- og ungdomspsykiatri i det medisinske studium. I tillegg har det vært gjennomført følgende videreutdanningskurs i helseregion IV (Trondheim): psykoterapi med barn og ungdom, utdanning av kliniske pedagoger og sosionomer, utdanning for kontoransatte i barne- og ungdomspsykiatri, videreutdanning for leger og videreutdanning i familie- og miljøterapi. Tilsvarende har det i region V (Tromsø) vært gjennomført videreutdanningskurs for pedagoger, sosionomer, og leger. I helseregion III (Bergen) har det i løpet av 1997 vært gjennomført videreutdanning for sosionomer, pedagoger samt videreutdanning i psykodynamisk terapi med barn og i psykoterapiveiledning.

I tillegg har det innenfor alle tre regionene vært en omfattende veilednings- og etterutdanningsvirksomhet.

Når det gjelder forskning, har regionsenteret i helseregion IV (Trondheim) igangsatt forskningsprosjekter er på utlyste midler fra Regionsenteret, og prosjekter pågår i regi av Regionsenterets forskere. Tilsvarende forskningsvirksomhet pågår også i regi av regionsenteret i helseregion V (Tromsø) og regionsenteret i helseregion III (Bergen).

Tilskudd til kommuner og fylkeskommuner for videreutdanning og spesialisering av personell.

- Tilskudd til fylkeskommunene for delfinansiering av etter- og videreutdanning av spesialister innen barne- og ungdomspsykiatri for å bedre tilgangen der det er mangel på slike. Statstilskuddet utgjorde 5,7 mill kroner i 1997.
- Tilskudd til fylkeskommunene for delfinansiering av videreutdanning i miljøterapi, og til instanser som driver miljøterapiutdanning eller oppstart av slik utdanning. Det drives nå miljøterapiutdanning i alle helseregioner unntatt region V, hvor oppstart er under planlegging. Statstilskuddet utgjorde 1,5 mill kroner i 1997.
- Tilskudd til kommuner for at høgskoleutdannet personell skal ta videreutdanning i psykiatri. I perioden 1993 – 1994 har ca 450 personer mottatt støtte, hovedsakelig sykepleiere som har tatt videreutdanning i psykiatrisk sykepleie. Statstilskuddet utgjorde 16,7 mill kroner i 1997.

Behandlingstilbud til overgripere

I 1997 ble det inngått en avtale om statlig støtte til behandling av inntil 50 seksuelle overgripere (sedelighetsdømte) pr. år ved Institutt for klinisk sexologi og terapi. Prosjektet besto ved utgangen av 1997 av 7 grupper og i 1997 var det i alt 69 klienter med i prosjektet. Oslo kommune administrerer prosjektet på vegne av staten. Det ble på oppdrag fra Statens helsetilsyn foretatt en evaluering av Instituttet i 1997. Departementet vil komme tilbake til hvilke konsekvenser evalueringen eventuelt vil medføre i forhold til statlig finansiering av behandlingstilbud ved Instituttet.

Alternativ til Vold (ATV) har i flere år behandlet mannlig voldsutøvere. I 1997 fikk ATV dessuten støtte til et prosjekt for behandling av kvinnelige voldsutøvere. I løpet av 1997 henvendte det seg 167 nye personer seg til ATV med forespørsel om terapi for sine volds- og aggresjonsproblemer. Tallene for 1996 var på 159 nye henvendelser. Totalt antall henvendelser dvs. inkludert de klientene som fortsatt var i behandling fra tidligere år var på 257 personer. Andelen kvinner blant henvendelsen var 20 personer og av de kom 15 fra Oslo og tre fra Akershus.

4. Satsingsområder og resultatmål 1999

Regionsentrene i barne- og ungdomspsykiatri

- Etablering og drift av regionsenteret i helseregion I og II. Dagens undervisnings- og forskningsvirksomhet ved Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri og Nic Waals Institutt vil bli videreført og styrket ved etablering av regionsenteret. Regionsenteret skal organiseres som en stiftelse, hvor staten er sentral part/stifter sammen med Universitetet i Oslo og fylkeskommunene i helseregion I og II. Tilknytning til Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri og Nic Waals Institutt skal skje gjennom samarbeidsavtaler om kjøp av tjenester til undervisning, forskning og utviklingsarbeid.
- Evaluering av regionsentrene i barne- og ungdomspsykiatri i helseregion III, IV og V. Evalueringsrapport vil foreligge.
- Videreutvikle regionsentrene i barne- og ungdomspsykiatri, slik at de kan gi mest mulig dekkende etter- og videreutdanningstilbud til ansatte i psykisk helsevern for barn og unge i regionen, og til ansatte i samarbeidende etater som barnevernet.
- Økt samarbeid mellom regionsentrene for barne- og ungdomspsykiatri og kompetansesentrene i barnevernet.

Tilskudd til kommuner og fylkeskommuner for videreutdanning og spesialisering av personell

- Midlene skal generelt nyttes til videreføring og økning av kompetansehevende tiltak og utdanning i psykiatrien i kommuner og fylkeskommuner. Resultatmål: At det samlede omfang av slike kompetansehevende tiltak og utdanning i kommuner og fylkeskommuner øker.
- Bevilgningen skal dekke utviklingstiltak for kompetanseoppbygging, kartlegging og informasjon, samt utredninger, kurs og konferanser. Resultatmål: At omfanget av slik virksomhet holdes på minst samme nivå som i 1998.
- Tilskudd til kommunene skal bidra til å bedre tilgangen på høyskoleutdannet personell med videreutdanning i psykiatri. Det er viktig at de høyskoleutdannede grupper som ikke hadde videreutdanningstilbud tidligere stimuleres til å søke den nye tverrfaglige utdanningen. Resultatmål: Markert økning i antall høyskoleutdannet personell i kommunene som tar videreutdanning i psykiatri i forhold til i 1998. Økning i antall nye grupper høyskoleutdannede som mottar støtte til slik videreutdanning i forhold til i 1998.
- Ordningen med tilrettelagt spesialistutdanning av psykiatere vil bli videreført og utvidet. Resultatmål: Økning i antall nye kandidater som påbegynner spesialisering under slik ordninger i 1999.

Behandlingstilbud til overgripere

- Oppfølging, videreutvikling og styrking av behandlingstilbud til seksuelle overgripere, mannlige voldsutøvere og kvinnelige voldsutøvere. Behandlingstilbudet for seksuelle overgripere vil bli utvidet til å gjelde faresoneklienter.
- Styrking av kompetansen på området vold og seksualisert vold gjennom opprettelsen av regionale kompetansesentre for sikkerhets, fengsels og rettspsykiatri. I tillegg må man ta vare på den kompetansen som finnes på området i dag.
- I samarbeid med Oslo kommune vil departementet fortsette arbeidet med vurderingen av framtidig organisering og finansiering av Alternativ Til Vold.

Post 61 Tilskudd til psykososialt arbeid for flyktninger, kan overføres

1. Formål og hovedprioriteringer

Bevilgningen på posten skal bidra til å bygge opp og spre kompetanse når det gjelder vurdering, behandling og psykososiale støttetiltak for flyktninger og asylsøkere.

2. Virkemidler

Det ytes midler til grunnfinansiering av Psykososialt senter for flyktninger. 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.

Som et ledd i kompetanseoppbyggingen er det opprettet regionale psykososiale team i helseregion III, IV og V.

3. Resultatrapportering for 1997

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. I 1997 tok senteret initiativ til samarbeid om seminar for første- og annenlinjetjenestene i Oppland. Målet på sikt er at alle fylkene i helseregion I og II i samarbeid med senteret skal arrangere lokale seminarer for å øke kompetansen i egen region. I tillegg har senteret prioritert undervisning og veiledning av tolker som arbeider med tolking i psykoterapi.

Senteret driver utstrakt forskningsvirksomhet. Det tilstrebes en variert empiri og ulike metodikk. Det forskes både med kvantitative og kvalitative metoder, og empirisk materiale hentes fra pasienter i poliklinikken og fra andre grupper bosatt i mottak eller i kommuner.

Poliklinikken har i 1997 totalt hatt 150 pasienter i behandling. Det er gitt 1 357 behandlingstimer. Poliklinikken samarbeider med henvisende instanser under behandlingen. Det gis en utstrakt konsultasjonstjeneste overfor første- og annenlinjetjenesten.

De tre psykososiale teamene driver omfattende kurs og konsultasjonsvirksomhet ovenfor 1. og 2. linje tjenesten. Det er avholdt to koordinatorkonferanser med faglig utveksling, felles planlegging, drøfting av aktuelle problemstillinger med Statens helsetilsyn herunder oppfølging av bl.a. Brukerundersøkelse og evaluering av psykososiale team for flyktninger og asylsøkere, St.meld. nr. 25 Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene og St.meld. nr. 17 Om innvandring og det flerkulturelle Norge.

4. Satsingsområder og resultatmål 1999

I St.meld. nr. 17 (1996-97) om innvandring og det flerkulturelle Norge er det foreslått å opprette en kompetanseenhet for somatisk og psykisk helse og omsorg for innvandrere og flyktninger. Ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 ble det vedtatt å opprette en slik kompetanseenhet. Arbeidet med å etablere enheten startes opp høsten 1998. Stortinget sluttet seg også til forslaget om å gi tilskudd til et nytt psykososialt team på Sørlandet.

Driften ved Psykososialt senter for flyktninger og de øvrige regionale psykososiale teamene skal videreføres.

Post 62 Tilskudd til psykiatri i kommuner (tidl. kap. 761 post 62)

1. Formål og hovedprioriteringer

Kommunens ordinære tjenesteapparat skal også møte behovene hos mennesker med psykiske lidelser. Skal dette oppfylles, må de ulike tjenestene styrkes både ved en kvalitativ tilrettelegging for denne gruppa, og ved en kvantitativ styrking av eksisterende tjenester. Organiseringen av tjenestene skal ikke føre til en etablering av en særomsorg for mennesker med psykiske lidelser. Det er viktig at kommunene finner fram til en organisering som ivaretar brukernes behov for tilbud fra ulike tjenesteledd, sektorer og forvaltningsnivåer.

Mange mennesker med psykiske lidelser har behov for kommunale tjenester. For denne gruppen er det særlig viktig å ha en bolig som gir menneskelig verdighet, å bli trukket med i et fellesskap og unngå sosial isolasjon, og å ha tilgang på meningsfylt aktivitet og om mulig sysselsetting. Mennesker med psykiske lidelser vil i mange tilfelle trenge kommunal bistand for å få dekket disse behovene. Mange har også behov for medisinsk behandling.

2. Virkemidler

Det ble for 1998 totalt bevilget 450 mill. kroner i øremerkede tilskudd for å styrke tilbudet til personer med alvorlige psykiske lidelser i kommunene og til forebyggende arbeid blant barn og ungdom.

Kriterier for fordeling av tilskuddene i 1998:

Av det øremerkede tilskuddet på 450 mill. kroner ble 30 mill. kroner fordelt av Statens helsetilsyn til kompetanseheving. De resterende 420 mill. kroner er tildelt direkte til kommunene etter folketall. Basert på antall innbyggere over og under 16 år ble det satt en nedre grense for tilskuddets størrelse for å unngå at enkelte kommuner fikk for lave beløp til å oppnå bevilgningens målsetting.

Forutsetninger for bruk av tilskuddene i 1998:

Tilskuddet på 420 mill. kroner ble bevilget under forutsetning av at det brukes til opprustning av kommunale tjenester innenfor dette området. Følgende formål ble særskilt nevnt:

- Bidra til å opprette stillinger for personell som er kvalifisert til å jobbe med personer med alvorlige psykiske lidelser samt heve det faglige nivået/kompetansen generelt.
- Etablere tilbud på dagtid for hjemmeboende personer med alvorlige psykiske lidelser.
- Få et tettere samarbeid med arbeidsmarkedsetaten for å gi flere personer med alvorlige psykiske lidelser mulighet for å delta i arbeidslivet eller i tilrettelagte arbeidstilbud.
- Styrke et strukturert samarbeid om konkrete forebyggende oppgaver i forhold til psykososiale problemer blant barn og unge, særlig mellom helsestasjon, barnevern, PP-tjenesten, rusomsorg og psykiatri.
- Bidra til at alle kommuner har oversikt over behov og planlegger utbyggingen av tilbudet til personer med psykiske lidelser, enten i form av en særskilt plan eller som ledd i annet planarbeid.
- Gi bo-, aktivitets-, pleie- og omsorgstilbud til pasienter med psykiske lidelser som er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten.
- Styrke samarbeidet mellom kommune og fylkeskommune om personer som har behov for tjenester fra både kommune og fylkeskommune.

I tillegg til tidligere oppsatte tiltak ble det vedtatt at den økte bevilgningen i 1998 skulle gå til informasjonsmateriell for brukere og pårørende, etablere samarbeid med brukere og pårørende samt forebyggende tiltak rettet mot personer med spiseforstyrrelser.

Behovet for styrking av områdene nevnt ovenfor vil variere fra kommune til kommune. Det er imidlertid en forutsetning at tilskuddet skal benyttes til å etablere nye og/eller styrke og utvide allerede etablerte tiltak innenfor rammen som er trukket opp, eller videreføre tiltak som er satt igang med øremerkede tilskudd f.o.m. 1995.

Dersom en kommune anser å ha dekket behovet på de prioriterte områdene nevnt over (må dokumenteres), kan kommunene nytte deler av tilskuddet til å styrke øvrige tjenester kommunen har ansvar for overfor personer med psykiske lidelser.

3. Resultatrapport 1997

I 1997 mottok kommunene 330 mill. kroner i øremerkede tilskudd til tiltak for personer med psykiske lidelser og forebyggende tiltak blant barn og unge. Våren 1998 ble kommunene pålagt å fylle ut et eget rapporteringsskjema om bruken av midlene. Resultatene nedenfor bygger på kommunenes egne opplysninger. Rapporteringsskjemaene ble gjennomgått og vurdert av fylkeslegene før innsending til departementet. Rapportene viser at 95 mill. kroner ble overført fra 1997 til 1998. Dette er en økning på ca. 20 mill. kroner sammenliknet med det som ble overført fra 1996 til 1997. Ved tildelingen av midlene for 1997 ble det forutsatt at kommunene skulle bruke midlene til:

- Bidra til å opprette stillinger for personell som er kvalifisert til å jobbe med personer med alvorlige psykiske lidelser samt heve det faglige nivået/kompetansen generelt. Rapportene viser at antallet årsverk økte med 33 pst. i 1997 (1264 årsverk) sammenliknet med 1996 (947 årsverk). Det er imidlertid fortsatt svært mange kommuner som har problemer med å skaffe faglig kvalifisert personell. 167 kommuner hadde tatt i bruk kurset Støtte og lære som Statens helsetilsyn har utviklet i samarbeid med Norsk Fjernundervisning for hjelpere i kommunene som møter mennesker med psykiske lidelser i sitt arbeid. 2 960 personer deltok i disse kursene i 1997.
- Etablere tilbud på dagtid for hjemmeboende personer med alvorlige psykiske lidelser. Rapportene viser at 1 000 flere personer får et slikt tilbud i løpet av en uke i 1997 (6 400) sammenliknet med 1996 (5 400). 76 kommuner opplyser at de ikke hadde et slikt tilbud i 1997 som er 20 færre enn i 1996.
- Få til et tettere samarbeid med arbeidsmarkedsetaten for å gi flere personer med alvorlige psykiske lidelser mulighet for å delta i arbeidslivet eller i tilrettelagt arbeidstilbud. Rapportene viser at 500 flere personer deltok i arbeidsmarkedstiltak i 1997 (1 860) sammenliknet med 1996 (1 350). 72 pst. av kommunene opplyser at de har etablert samarbeidstiltak med arbeidsmarkedsetaten mens tilsvarende andel i 1996 var 61 pst.
- Styrke samarbeidet mellom kommune og fylkeskommune om personer som har behov for tjenester fra både kommune og fylkeskommune. Rapportene viser at 81 pst. av kommunene har etablert fast samarbeid med fylkeskommunen i 1997 mens denne andelen var 75 pst. i 1996

Forøvrig viser rapportene blant annet at 5 000 mennesker med psykiske lidelser mottok tilbud om støttekontakter i 1997 mot 4 000 i 1996, og 1 330 hadde spesielle botilbud i 1997 mot 1 040 i 1996.

Statens helsetilsyn fordelte 10 mill. kroner til kommunene i 1997 for å styrke kompetansen innen psykiatri. Tilskuddet gis til kommunene slik at høyskoleutdannet personell kan ta videreutdanning i psykiatri. Staten dekker 50 pst. og kommunene 25 pst. av lønn i utdanningstiden. Det kreves en bindingstid på ett år etter endt utdanning.

Statskonsult har evaluert ordningen med øremerket tilskudd til tjenester til mennesker med psykiske lidelser i kommunene. I Rapport 1998:9 Øremerket tilskudd til psykisk helsevern i kommunene, går det bl.a. frem at øremerking på nåværende tidspunkt ser ut til å være en egnet måte å overføre ressursene på. Det bidrar til å synliggjøre kommunenes ansvar. Dessuten er beslutningstakerne på kommunalt nivå i tvil om hvorvidt målgruppen ellers vil bli prioritert. Øremerking oppfattes også positivt av informanter som ikke har ansvar overfor målgruppen eller for utvikling av tjenestetilbudet. Samlet vurderes øremerking som et gunstig utgangspunkt for at ordningen skal virke etter sin hensikt. På sikt bør likevel ordningen innlemmes i rammetilskuddet. Når det gjelder rapporteringssystemet som departementet har benyttet, konkluderer Statskonsult med at rapporteringssystemet gir gode muligheter for å belyse utviklingen i tjenestetilbudet samtidig som det pekes på enkelte forbedringsmuligheter. De kvalitative sidene ved tjenestetilbudet mener Statskonsult bør følges opp av fylkeslegene.

4. Satsingsområder og mål for 1999

Ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006, viste komiteen til behandlingen av Psykiatrimeldingen der det ble lagt stor vekt på brukernes behov og medvirkning og at dette vil føre til økt kvalitet på tjenestene. Det er en forutsetning for å realisere målet om økt brukermedvirkning at kommunene og fylkeskommunene prioriterer dette. Komiteen sluttet seg til Regjeringens forslag om at kommunens ordinære tjenesteapparat også skal møte behovene hos mennesker med psykiske lidelser. Skal dette oppfylles, må de ulike tjenestene styrkes både ved en kvalitativ tilrettelegging for denne gruppa, og ved en kvantitativ styrking av eksisterende tjenester. Organiseringen av tjenestene skal ikke føre til en etablering av en særomsorg for mennesker med psykiske lidelser. Det er viktig at kommunene finner fram til en organisering som ivaretar brukernes behov for tilbud fra ulike tjenesteledd, sektorer og forvaltningsnivåer.

Mange mennesker med psykiske lidelser har behov for kommunale tjenester. Bolig sammen med andre, meningsfylt aktivitet og om mulig sysselsetting er viktig. Mellommenneskelig omtanke og omsorg kan ikke besluttet av offentlige myndigheter. Men det er en viktig kommunal oppgave å legge til rette slik at sosiale nettverk dannes og at færrest mulig opplever sosial isolasjon og ensomhet. På den måten forebygges menneskelige lidelser og samfunnsproblemer. Forebyggende tiltak er sentralt når det gjelder psykiske lidelser.

Stortinget og opptrappingsplanen understreker at primærforebyggende arbeid først og fremst er et kommunalt ansvar og må derfor vies stor oppmerksomhet i de kommunale planene. I det forebyggende arbeidet er det viktig at bl.a. skolene ved sitt personale og støttende helsetjenester evner å se utviklingstrekk hos elevene som kan føre til psykisk lidelse, og så ta initiativ til at det blir satt igang tiltak som kan forebygge en slik utvikling. Særlig viktig er det å ha høy beredskap for dette i ungdomsskolene og de videregående skolene. Erfaringer viser at dersom man setter inn tiltak på et tidlig tidspunkt, er muligheten stor for å hindre utbrudd av alvorlig psykisk lidelse. Mange kommuner som ennå ikke har inkludert tiltak og tjenester til barn og unge i sine planer må sikre dette ved første rullering av planen.

I henhold til opptrappingsplanen vil de viktigste satsningsområdene i 1999 ellers være:

- styrking av brukerrettede tiltak og informasjon
- flere omsorgsboliger
- styrking av hjemmetjenester
- dagsentertilbud til flere
- flere støttekontakter
- utbygging av kultur- og fritidstiltak
- styrking av tilrettelagt behandlingstilbud
- utbygging av psykososiale tjenester og støttekontakter, kultur- og fritidstiltak for barn og unge
- styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten

De kommunale planene må også omfatte tiltak for å sikre tilstrekkelig personell med riktig kompetanse, og tilskuddsmidlene kan nyttes til kompetansehevingstiltak.

Regjeringen vil følge opp styrkingen av kompetansen og tjenestetilbudene i kommunene og foreslår at den øremerkede bevilgningen videreføres og foreslås økt med 130 mill. kroner i 1999.

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.

Kommunene vil bli pålagt å rapportere tilbake til departementet om bruken av 1999-tilskuddet. Som i foregående år vil det bli innhentet opplysninger om aktivitet rettet mot mennesker med psykiske lidelser. Rapporteringen vil bli søkt utformet og samordnet med øvrige tilskudd til kommunene på Sosial- og helsedepartementets område. Vilkår for å få utbetalt tilskudd i 1999 vil være at kommunen har levert tilfredsstillende rapport om bruken av 1998-tilskuddet.

Post 63 Tilskudd til styrking av psykisk helsevern i fylkene

1. Formål og oppgaver

I Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 har Regjeringen lagt opp til en kraftig styrking – både kvantitativt og kvalitativt - av fylkeskommunale spesialisttjenester til voksne og til barn og ungdom.

Som omtalt i psykiatrimeldingen er det verken i Norge eller internasjonalt utviklet noe DRG-system som grupperer psykiatriske pasienter på en meningsfull måte etter behandlingskostnader. Sett på denne bakgrunn vil fylkeskommunene i hovedsak får dekket økte *driftsutgifter* som følger av opptrappingsplanen gjennom øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier.

2. Virkemidler

I 1998 ble det over kap. 743 post 63 bevilget 420 mill. kroner i generelt øremerket tilskudd til styrking av psykiatriske spesialisthelsetjenester. Dette tilskuddet ble fordelt med 13 357 000 kroner til sikkerhetsplasser, og 2 000 000 kroner er satt av til utbygging av kompetansesentre ved de regionale sikkerhetsavdelinger. De resterende 404 643 000 kronene ble fordelt på tilsvarende måte som i 1996, 60 pst. av midlene etter aldersrelaterte befolkningskriterier tilpasset psykiatriske sykehjem og aldershjem, og 40 pst. etter antall barn og unge i alderen 0-18 år.

Forutsetninger for bruk av tilskuddene i 1998:

- Fylkeskommuner skal ved disponeringen av de øremerkede midlene for 1998 ha vurdert:
 - dimensjoneringen og eventuelt styrking av de ulike deler av behandlingstilbudet i institusjon,
 - egne tiltak for unge schizofrene,
 - behandlingsskapasiteten innen barne- og ungdomspsykiatrien, særlig behov for døgnplasser for ungdom.
 - informasjonsmateriell til brukere og pårørende

3. Resultatrapportering for 1997

Fylkeskommunene har sendt inn rapporter for bruken av de øremerkede midlene i 1997.

Fylkeskommunene ble i 1997 tildelt 409 mill kroner i generelle øremerkede tilskudd. I tillegg overførte fylkeskommunene i alt 106,4 mill kroner fra 1996. Totalt disponerte fylkeskommunene 515,4 mill kroner.

Fylkeskommunene har i 1997 brukt 362,8 mill kroner av det disponible beløpet (70 pst). Det resterende beløpet er overført til 1998. Det er stor fylkesvis variasjon når det gjelder overførte midler. Fire av fylkeskommunene står for 60 pst av det overførte beløpet. I forhold til 1996 har bruken av øremerkede midler økt med 54 prosent. Hovedårsaken til at midler blir overført er fremdeles at midler er avsatt til investeringsprosjekter som ikke er igangsatt/fullført.

4. Satsingsområder og resultatmål

Opptrappingsplanen for psykisk helse forutsetter en styrking av den fylkeskommunale psykiatrien svarende til om lag 2,1 mrd. kroner i økte *driftsutgifter* i løpet av planperioden 1999-2006. Fylkeskommunene vil bli satt i stand til å dekke disse merutgiftene gjennom en styrking av det eksisterende øremerkede tilskuddet under dette budsjettkapitlet, ved økte

polikliniske-/spesialistrefusjoner samt økte inntekter fra brukerbetaling ved poliklinisk behandling.

Det generelle øremerkede tilskuddet til fylkeskommunene foreslås videreført og økt i 1999. Tilskuddsmidlene vil hovedsakelig bli fordelt i tråd med inntektssystemets kostnadsnøkkel for den fylkeskommunale helsetjenesten.

Ved overdragelse av Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri til Oslo kommune fra 1. januar 1999 bortfaller statens subsidiering av gjestepasientprisen ved institusjonen. Innsparte midler er dels omdisponert til utdannings- og forskningsformål gjennom oppbygging av regionsenter for helseregion I og II, dels lagt inn som en styrking av det øremerkede tilskudd til fylkeskommunene for å kompensere for merutgifter ved utbygging av egne tjenester til barn og ungdom eller ved videre bruk av institusjonen.

I Opptrappingsplanen er det forutsatt politisk vedtatte planer før midlene kommer til utbetaling. Av hensyn til at fylkeskommunene ikke har kommet like langt i planarbeidet vil dette kravet ikke bli håndhevet i 1999.

Resultatmålene for omstrukturering og utbygging av den fylkeskommunale psykiatrien er nærmere omtalt nedenfor under post 64 psykisk helsevern for voksne og 65 psykisk helsevern for barn og ungdom.

Det er under denne bevilgningen også satt av midler til utbygging av kompetansesentre ved de regionale sikkerhetsavdelinger. Videre skal midlene brukes til å sikre informasjonsmaterieill til brukere og pårørende og til utvikling av tilbud til grupper med særlige behov.

Fylkeskommunenes planer må også omfatte tiltak for å sikre tilstrekkelig personell med riktig kompetanse, og tilskuddsmidlene kan nyttes til kompetansehevingstiltak.

Post 64 Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern for voksne

1. Formål og hovedprioriteringer

Det er store strukturproblemer innen psykisk helsevern for voksne, bl.a. med feilplassering av mange pasienter. Det er også i en del tilfelle problemer mht. kapasiteten. I sykehusavdelingene er det et stort antall pasienter som burde vært ved andre avdelingstyper, og ved langtidsinstitusjonene er det et stort antall pasienter som primært trenger kommunal omsorg.

Det er derfor behov for omstrukturering og styrking av fylkeskommunale psykiatriske tjenester til voksne. Disse tjenestene skal ut fra Stortingets behandling av psykiatrimeldingen omfatte psykiatriske sykehusavdelinger, distriktpsikiatriske sentre (DPS'er) og privatpraktiserende spesialister. Psykiatriske sykehjem skal enten omgjøres til mer behandlingsorienterte enheter under DPS'er, eller trappes gradvis ned etter hvert som de kommunale omsorgstjenestene bygges ut. Sosialkomiteens forutsetninger, jf. Innst. S. nr. 258 (1996-97) blir her lagt til grunn.

2. Virkemidler

For 1998 er det bevilget 98 mill. kroner til utbygging og omstrukturering av voksenpsykiatrien. Midlene er fordelt til fylkeskommunene dels etter søknad (60 pst.) dels etter objektive kriterier (40 pst.).

Opptrappingsplanen innebærer at det skal investeres om lag 3,7 mrd. kroner i fylkespsykiatrien i løpet av planperioden, herav ca 2,9 mrd. kroner i voksenpsykiatrien. For å sikre en rask og målrettet utbygging i tråd med forslagene i denne opptrappingsplanen, legges det opp til at staten skal dekke 60 pst av godkjente investeringskostnader. En slik statlig refusjonsandel oppnås delvis gjennom at det i Opptrappingsplanen er foreslått å utvide dagens kapitalrefusjonsordning for somatiske sykehus til også å omfatte psykiatriske sykehus. Resten av investeringskostnadene (40 pst.) vil fylkeskommunene få dekket gjennom en styrking av frie inntekter.

Forslaget om å utvide kapitalrefusjonsordningen omfatter psykiatriske sykehusavdelinger. Distriktpsikiatriske sentra (DPS) utenfor sykehus og institusjoner i barne- og ungdomspsykiatrien som lokaliseres utenfor sykehus foreslås ikke omfattet av ordningen. Den samlede statlige refusjonsandelen foreslås satt lik (60 pst.) for alle godkjente investeringsprosjekter. Dette innebærer at for investeringsprosjekt som ikke foreslås omfattet av kapitalrefusjonsordningen, vil hele statens refusjonsandel bli utbetalt ved ferdigstillelse.

Planer og prosjektsøknader skal behandles og godkjennes av Sosial- og helsedepartementet. Det er etablert et særskilt sekretariat i departementet for å ivareta disse oppgavene.

I tillegg til bevilgningene over denne posten er fylkeskommunenes frie inntekter under Kommunal- og regionaldepartementets budsjett kap. 572 rammetilskudd til fylkeskommunene foreslått styrket.

3. Satsingsområder og mål for 1999

Personer med langvarige psykiske lidelser vil oftest trenge både spesialisthelsetjenester og alminnelige helse- og sosialtjenester. En grunnleggende forutsetning for å legge større deler av ansvaret for tilbudet til mennesker med psykiske lidelser til det kommunale tjenesteapparatet, er at de spesialiserte helsetjenester gis en utforming som gjør dem lett tilgjengelige og enkle å tilpasse den enkelte brukers situasjon. Behovene i voksenpsykiatrien anses særlig å gjelde omstrukturering til et mer funksjonelt tjenestetilbud.

Styrkingen og omstruktureringen av det fylkeskommunale tilbudet til voksne i løpet av planperioden 1999-2006 kan oppsummeres slik:

Kvantitativ styrking:

- antall døgnplasser for aktiv behandling økes med 1 185 utover dagens nivå (1 025 flere plasser i DPS'ene og 160 nye plasser i psykiatriske sykehus til personer som dømmes til psykisk helsevern)
- antall dagopphold i DPS'er 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 voksenpsykiatrien (økning med ca. 2300 årsverk i løpet av planperioden)
- bemanningsøkningen pr. plass i DPS'ene vil styrke behandlingen der
- økt innslag av leger, psykologer og høyskoleutdannet personell (andelen denne gruppa under ett utgjorde i 1996 ca. 52 pst., mens andelen i den planlagte økningen i løpet av planperioden vil ligge på ca. 72 pst.)

Post 65 Utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom

1. Formål og hovedprioriteringer

Barne- og ungdomspsykiatrien er et fagfelt som fortsatt trenger betydelig styrking. I tillegg til utbygging av institusjonsplasser er det behov for økt kapasitet til konsultasjon og veiledning til andre kommunale og fylkeskommunale helse- og sosialtjenester. For å ivareta mange barn og unges behov er det viktig at barne- og ungdomspsykiatrien bidrar til et fleksibelt og velfungerende samarbeid med andre tjenester som barnevernet, pediatrien, rusmiddelomsorgen og voksenpsykiatrien.

Om lag 22 500 barn og unge, eller ca 2 pst. av alle under 18 år, fikk et behandlingstilbud i 1996. Stortinget har særskilt bedt Regjeringen om i samarbeid med fylkeskommunene medvirke til at barne- og ungdomspsykiatrien bygges ut til en tilfredsstillende dekningsgrad. (Innst. S. nr. 258 (1996-97) vedtak IV).

Det er tatt utgangspunkt i en økning av dekingen av barne- og ungdomspsykiatrisk bistand til befolkningen 0-18 år fra 2 pst. til 5 pst. Denne økningen er i samsvar med allment aksepterte faglige anbefalinger.

Dette innebærer en økning fra ca 22 500 til ca 50 000 barn og unge som skal gis et tilbud.

2. Virkemidler

I Opptrappingsplanen er det forutsatt at det skal investeres for ca 880 mill. kroner i barne- og ungdomspsykiatrien i perioden 1999-2006. Finansieringsordningene vil være de samme som for voksenpsykiatrien, og det vises til omtale ovenfor under post 64.

3. Resultatrapportering

I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 1997 (jfr. Innst.S. nr. 295 (1996-97)) ble det bevilget 100 mill. kroner til utbygging av barne- og ungdomspsykiatrien. Midlene ble fordelt til fylkeskommunene etter søknad, både til investeringer og drift. Etter de mottatte

rapporter vil det bli etablert 64 nye døgnplasser for ungdom, en familiebehandlingsenhet og utvidet poliklinisk behandlingsskapasitet med utgangspunkt i de ekstra tilskuddsmidlene.

Bevilgningen på 120 mill. kroner for 1998 er fordelt til fylkeskommunene, dels til videreføring av prosjekter som startet i 1997, dels til nye prosjekter. Midlene er dels fordelt etter søknad, dels etter objektive kriterier. Til prosjekter som startet i 1997 er det også gitt tilskudd til drift. Dette er videreført i 1998 og foreslås også videreført i 1999.

4. Satsingsområder og mål for 1999

I Opptrappingsplanen foreslås barne- og ungdomspsykiatrien 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:

- Mulighet til å ta hånd om ungdom på døgnbasis, både når situasjoner oppstår akutt og når det er behov for noe lengre tids kvalifisert barne- og ungdomspsykiatrisk 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.

Det bør vurderes å opprette psykiatriske institusjoner for barn- og ungdom i hvert fylke, men alle typer av barne- og ungdomspsykiatriske tilbud må ikke nødvendigvis finnes i alle fylker. Hovedtyngden av de fylkeskommunale tilbudene innen barne- og ungdomspsykiatrien bør fortsatt være polikliniske. De regionale helseplanene må omfatte barne- og ungdomspsykiatrien, og planene må vise hvordan alle fylker i regionen skal få dekket tjenester utover de som ytes av de vanlige barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene.

Post 70 Tilskudd til forskning, videre- og etterutdanning, kan overføres, kan nyttes under post 60

1. Formål og hovedprioriteringer

Forskning, oppdatering, ny kunnskap og spredning av denne er grunnleggende for kompetanseheving og utvikling av bedre behandlingstilbud. Å sikre tilgang på kvalifisert personale gjennom grunn-, etter- og videreutdanning er det annet felt som er prioritert under denne posten.

Videre skal bevilgningen dekke oppfølgingsarbeid etter St.meld. nr. 25 (1996-97).

Økt brukermedvirkning er et overordnet mål. Sterke brukerorganisasjoner er en forutsetning for brukermedvirkning. Tiltak som iverksettes for å oppnå dette prioriteres under denne posten.

2. Virkemidler

Posten dekker videre- og etterutdanningstiltak for spesialister og øvrig personell i kommune- og fylkeshelsetjenesten.

Samdatarapporten for psykiatri og bidrag til forskningsvirksomhet, bl.a. Mentalhelseprogrammet og Helsetjenesteforskningsprogrammet i Norges Forskningsråd, finansieres over denne posten.

Videre har Sosial- og helsedepartementet og Mental Helse Norge inngått en avtale om videre drift av Mental Helse Norges hjelpetelefon. Tilskudd til hjelpetelefon og til brukerrettede tiltak dekkes over denne posten. Departementet vil gå inn for at bruker og pårørende organisasjoner gis økte muligheter til å organisere brukerstyrte sentre og drive informasjonsvirksomhet.

Støtte til videre- og etterutdanning og kompetansehevende tiltak

For å bedre tilbudet til personer med psykiske lidelser, er det behov for både å øke tilgangen av de grupper av spesialutdannet personell det er mangel på generelt, bidra til en

bedre geografisk fordeling av disse samt øke kompetansen hos helse- og sosialpersonell og ufaglærte i kommuner og fylkeskommuner.

Det er betydelige vakanstall for psykiatere og barne- og ungdomspsykiatere, fordi økningen i antall opprettede stillinger har vært større enn økningen i antall utførte årsverk. Da det ikke er kapasitetsbegrensninger av betydning i spesialistutdanningen, må antall utdannede leger økes, og rekrutteringen til spesialitetene styrkes. Det legges opp til desentralisert videre- og etterutdanning for å skape levende fagmiljøer lokalt, bidra til lokal rekruttering og stabilitet i stillingene. Ordningen med statlig finansiering av tilreisende veiledere bør trappes opp og utvides.

Det er stor mangel på sykepleiere og annet høyskoleutdannet personell med videreutdanning i psykiatri. Det bevilges midler til oppretting av studieplasser i tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid. Midlene overføres til Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, som fordeler dem til høgskolene på grunnlag av innsendte forslag til oppretting av studieplasser. Det skal 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.

De siste årene er antall hjelpepleierstillinger i sykehus og pleieinstitusjoner blitt redusert til fordel for sykepleierstillinger. Dette har medført knapphet på sykepleiere og en ubrukt reserve av hjelpepleiere. Derfor skal det satses mer på kvalifisering av det personell som allerede er tilsatt og som er tilgjengelig.

Mange av de som arbeider med mennesker med psykiske lidelser har ingen formell utdannelse. Undersøkelser utført av FAFO viser at det er et stort udekket behov for opplæring og utdanning innen denne gruppen.

Midler til kvalifiseringstiltak for personell med helse- og omsorgsfag fra videregående opplæring og ufaglærte fordeles i henhold til rundskriv I-29/98.

Forskning og utredning

Omstilling, kompetanseheving og utvikling av bedre behandlingstilbud er avhengig av oppdatert og ny kunnskap og spredning av denne. Arbeidet med dette skjer, bl.a. i samarbeid med Norges Forskningsråd og institutter og foreninger.

Mental-helseprogrammet og Helsetjenesteforskningsprogrammet i Norges Forskningsråd er viktige virkemidler for å øke kunnskapen om psykisk helse.

SAMDATA-rapporten om psykisk helsevern er et viktig virkemiddel for å rapportere om behov, tilbud, forbruk etc innen spesialisthelsetjenesten.

Utredninger og statistikkutvikling vil bedre grunnlaget for rådgivning fra sentrale myndigheter til kommuner og fylkeskommuner.

Brukertiltak og informasjon

Departementet vil medvirke til økt brukermedvirkning på flere felt. De nye helselovene vil vektlegge økt medvirkning. Det er viktig å styrke brukernes muligheter til å delta i utformingen av eget behandlingsopplegg og i planlegging av det offentlige behandlingstilbudet. Brukere og pårørende innen psykisk helsevern har i liten grad benyttet pasientombudene. Det er viktig å framheve at pasientombudenes ansvarsområder også omfatter psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Å lovfeste at det i hver kontrollkommisjon for psykiatriske institusjoner skal søkes oppnevnt et medlem som representerer brukernes interesser er andre virkemidler departementet vil nytte for å styrke mulighetene for medvirkning. Det skal også være brukerrepresentasjon av psykiatriske pasienter i kvalitetsutvalg ved psykiatriske institusjoner.

Departementet går inn for at bruker og pårørende organisasjoner gis økte muligheter til organisasjonsoppbygging, organisere brukerstyrte tiltak og drive informasjonsvirksomhet.

Det har vist seg å være stort behov for hjelpetelefoner. Mental Helses hjelpetelefon hjelper mennesker med psykiske lidelser som er i akutte kriser, eller som trenger hjelp til å finne frem i hjelpeapparatet. Dette tiltaket vil bli videreført.

Publikum generelt, brukere, pårørende og fagpersonell trenger mer informasjon om psykiske lidelser. Det vil bli satt i gang tiltak for å informere publikum om hvordan det er å ha en psykisk lidelse og dermed øke forståelsen for mennesker som har dette, samt å øke forståelsen for egen psyke. Satsingen på tilbud i kommunene og økt desentralisering av det fylkeskommunale tilbudet, innebærer at personer med psykiske lidelser blir mer synlige i samfunnet. Dette stiller store krav til innsikt og forståelse.

3. Resultatrapportering

Støtte til videre- og etterutdanning og kompetansehevede tiltak

- I Nordland har det også i 1997 vært stor interesse for tilrettelagt spesialistutdanning i psykiatri for leger. Det var 8 kandidater under utdanning.
- Kommuner, fylkeskommuner, organisasjoner og foreninger har mottatt tilskudd for å arrangere lokale og landsdekkende etterutdanningskurs og konferanser for fagmiljøet innenfor prioriterte områder.
- Profesjonsforeninger og institutter som driver videre- og etterutdanning har mottatt tilskudd for å drive desentraliserte utdanningsprogrammer som øker tilgangen på spesialister. Statstilskuddet for 1997 utgjorde 20 820 000 kroner, hvorav 12,8 mill kroner gikk til Nic Waals Institutt. Frittstående institutter mottok 3 070 000 kroner og foreningene mottok 1,2 mill kroner.
- Stipendordningen for videre - og etterutdanning innen barne - og ungdomspsykiatrien har virket etter intensjonene. Hensikten er særlig å bedre tilgangen på spesialister der det er stor mangel. Helseregion IV og V har fått delegert ansvar for å fordele midler, og interessen har vært stor.

Forskning

Helsetjenesteforskning

Det er engasjert to forskningsledere i til sammen et årsverk for å ivareta feltet helsetjenesteforskning innen psykisk helsevern. Det har også vært arrangert et seminar der aktuelle forskningsmiljøer presenterte seg som mulig hovedmiljø eller samarbeidspartner for en slik satsing. Forum for helsetjenesteforskning har vært arrangert der hovedtema var evaluering av tiltak i primærhelsetjenesten og psykiatrisk helsetjenesteforskning.

Program for Mental helse

Det er igangsatt prosjekter på de fleste satsingsområdene i programmet. Rettspsykiatri og rettspsykologi er imidlertid et område som står svakt, det samme gjelder psykobiologisk forskning. Programstyret har arrangert en "Ekspertkonferanse om tilbud til barn og unge som er spesielt vanskelig og utagerende". Det er utarbeidet en rapport fra konferansen.

Hjelpetelefon

Det treårige prosjektet Mental Helse Norge Hjelpetelefon 1994-1996 leverte en evalueringsrapport i 1997. Evalueringsrapporten viste til at hjelpetelefonen hadde blitt det mange ønsket og trengte, og til behovet for å opprettholde telefonen. Sosial- og helsedepartementet og Mental Helse Norge inngikk i 1997 en avtale om videre drift av Mental Helse Norges hjelpetelefon. Hjelpetelefon har fått økt bevilgning til å øke kapasiteten i 1998.

4. Satsingsområder og resultatmål 1999

Støtte til videre- og etterutdanning og kompetansehevede tiltak

- Tilrettelagt utdanning av psykiatere i områder med svak dekning videreføres og utvides.
Resultatmål: antall nye kandidater som påbegynner spesialisering under slike ordninger i 1999.
- Opprette hospitantplasser i pediatri for leger som spesialiserer seg i barne- og ungdomspsykiatri.
Resultatmål: Antall hospitanter i 1999.
- Videreføring av de nye studieplasser i tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid som opprettes høsten 1998. 10 mill. kroner til denne videreføringen ble overført Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet i 1998.
Resultatmål: økning i antall studenter som fullfører utdanningen, og at disse fordeler seg jevnt på fordypningsområder.
- Stimulere til at flere ansatte med helse- og omsorgsfag fra videregående skole tar etterutdanning innen psykiatri, og at slike utdanningstiltak omtales i opplæringsplanene til kommuner, fylkeskommuner og statlige helseinstitusjoner.
Resultatmål: økning i antall kommuner, fylkeskommuner og statlige helseinstitusjoner som omtaler utdanningstiltakene i sine opplæringsplaner, og antall personer som deltar i slik utdanning.

- Stimulere til at ufaglærte kvalifiserer seg ved å ta fagbrev som omsorgsarbeidere, hjelpepleierutdanning som voksenopplæring eller gjennom 6-8 ukers grunnopplæring, og at slike utdanningstiltak omtales i kommunenes opplæringsplaner.
Resultatmål: økning i antall kommuner som omtaler utdanningstiltakene i opplæringsplanene og antall ufaglærte som deltar i slik kvalifisering.

Forskning, utredning og kvalitetsutvikling

En forutsetning for satsingen for å bedre tilbudet til personer med psykiske lidelser er at forskningsaktiviteten øker. Det er et mål å få fram forskningsresultater som kan bidra til å heve det generelle kunnskapsnivået blant fagfolk, vurdere behovet for tjenester, analysere organisasjonsformer etc.

Forskningsinnsatsen innen barne- og ungdomspsykiatri er altfor liten både når det gjelder ungdom med alvorlige atferdsproblemer og feltet for øvrig. Det er behov for kartlegging av forekomst av lidelser og effekt av ulike typer behandling og tiltak. Det er også behov for forskning på behovet for samordning av tilbudet fra flere instanser for barn med sammensatte atferdsproblemer. Dette vil bli prioritert i 1999.

Opptappingsplanen la vekt på behovet for å satse på forskning i årene framover. Behovet for behandlingsforskning er stort og vil bli prioritert. Forskningsinnsatsen vil skje bl.a. i samarbeid med Norges Forskningsråd (NFR). Program for Mental helse 1995-1999 (NFR) mottok 3 mil kr i revidert budsjett, dette vil bli videreført for 1999. NFRs Program for helsetjenesteforskning har fått øremerket midler til forskning innen psykisk helsevern. Programmet skal analysere behovet for ulike typer tjenester, evaluere endringsprosesser og organisasjonsformer og se på ressursutnyttelse i psykisk helsevern. Det tas sikte på å styrke innsatsen på feltet psykiatrisk helsetjenesteforskning i 1999.

Statens Helsetilsyn gjennomgår tilbudet til personer med spiseforstyrrelser. Helsetilsynet skal komme med anbefalinger til behandlingstilbud, organisering av tjenestene, krav til kvalifikasjoner etc. Dette skal gjøres i samarbeid med helseregionene. Det er satt i gang ulike prosjekter som skal øke kompetansen om området, dette skal videreføres i 1999.

Departementet tar sikte på å øke bevilgningen til TIPS-prosjektet i Rogaland (1997-2005) i 1999.

Brukertiltak og informasjon

Departementet vil gi bruker- og pårørendeorganisasjoner økte muligheter til å styrke egne organisasjoner for å øke mulighetene for å organisere brukermedvirkning og etablere brukerstyrte sentre. Midler til brukerorganisasjonene skal prioriteres.

FFO har mottatt støtte til et prosjekt om å opprette et nasjonalt brukerstyrking senter. Alle brukerorganisasjonene er invitert til å delta i utformingen av senteret. Senteret skal bistå i den nasjonale satsingen på brukermedvirkning.

Økt informasjonsvirksomhet om psykiske lidelser og tjenestetilbudene er et annet satsingsområde. Innen dette satsingsområdet vil departementet blant annet invitere Rådet for psykisk helse til et samarbeid om en informasjonskampanje.

Ordningen med pasientombud skal også gjelde for psykiatriske pasienter. Departementet vil bidra til at det opprettes kvalitetsutvalg med brukerrepresentasjon ved psykiatriske institusjoner.

I 1998 ble det bevilget nærmere 5 mill kr til Mental Helses Hjelpetelefon. Hjelpetelefonen holder nå døgnskuttinuerlig drift bemannet med to personer pr skift. Departementet foreslår at denne bevilgningen videreføres i 1999.

Post 72 Tilskudd til Modum Bads Nervesanatorium (tidligere kap. 2711 post 74)

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. Departementet foreslår at institusjonens behandlingstilbud for personer med spiseforstyrrelser blir utvidet i 1999.

Programkategori 10.50 Legemidler.

Kategori 10.50 omfatter Statens legemiddelkontroll, apotekene ved Radium- og Rikshospitalet, utbytte fra Norsk Medisinaldepot og diverse tilskudds- og avgiftsordninger overfor det private apotekvesenet. 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 mv).

Programkategori 10.50 Kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
0750	Statens legemiddelkontroll (jfr. kap. 3750 og 5578)	55 039	59 900	65 200	8,8
0751	Apotekvesenet (jfr. kap. 3751 og 5577)	58 372	76 160	79 640	4,5
0752	Apotekavgiftsfondet (jfr. kap. 5577)				-0,0
	Sum kategori 10.50	113 411	136 060	144 840	6,4

Programkategorien fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post- gruppe	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
01-23	Driftsutgifter	53 661	58 500	63 785	9,0
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	1 378	1 400	1 415	1,1
50-59	Overføringer til andre statsregnskaper				-0,0
70-89	Overføringer til private	58 372	76 160	79 640	4,6
	Sum kategori 10.50 Legemidler	113 411	136 060	144 840	6,5

1. Overordnet formål med programkategorien

Departementets hovedmålsettinger på legemiddelområdet er:

- befolkningen skal ha tilgang til sikre og effektive legemidler uavhengig av betalingsevne,
- legemidler brukes riktig faglig og økonomisk,
- lavest mulig pris på legemidler.

2. Tilstandsbeskrivelse/resultatrapport

Legemidler er en viktig innsatsfaktor i helsevesenet. I 1997 ble det solgt legemidler for ca. 8,7 mrd. kroner, som innebar en nominell vekst fra året før på ca. 6 pst. Blant de tyngste enkeltkomponentene i denne veksten er nye legemidler for behandling av hjerte-/kardidelser (200 mill kroner) og for behandling av magesår (109 mill kroner). Det offentlige dekker over 65 pst. av utgiftene. Hovedtyngden av kostnadene er knyttet til folketrygdens refusjonsordning (blåreseptordningen), men det medgår også betydelige beløp til behandling på helseinstitusjoner (særlig sykehus). Både omsetning og trygdens utgifter vokser sterkt.

Den gjennomsnittlige behandlingstid knyttet til godkjenning av nye legemidler ved Statens legemiddelkontroll har i 1990-årene økt moderat frem til 1995. Gjennom målrettet arbeid og omdisponering av ressursene har etaten fra dette året av maktet å redusere behandlingstiden markant.

Apotekdekningen pr. innbygger i Norge er blant de laveste i Europa. Etablering av apotek styres gjennom en såkalt landsdekningsplan, som er utarbeidet av Helsetilsynet. Utvalget som har vurdert rammevilkårene for omsetning av legemidler (NOU 1997:6) har pekt på at dagens etableringspraksis i for liten grad ivaretar pasientenes interesser og behov. Systemet gir liten fleksibilitet i forhold til å møte endringer i befolkningens handlemønster og økte krav til tilgjengelighet og service på kundenes premisser. Systemet stimulerer heller ikke til konkurranse mellom apotek. Dette har ført til at enkelte apotek har oppnådd resultater som langt overstiger det nivå et mer fleksibelt apoteketableringssystem ville ha tillatt, samtidig som apotekene pga. manglende konkurranse har begrensede insentiver til å drive effektivt i økonomisk forstand.

I NOU 1997:6 lanseres ulike løsningsforslag med sikte på å bøte på svakheter som er påvist ved dagens etableringssystem. Regjeringen har foretatt en samlet gjennomgang av dagens apoteketableringsmodell bl.a. på bakgrunn av tilrådingene i NOU 1997:6. Gjennomgangen presenteres som en Odelstingsproposisjon i inneværende høstsesjon.

Ved bruk av trygdens refusjonsordninger sikres befolkningen, uavhengig av betalingsevne, tilgang til legemidler til behandling av de sykdommer som faller inn under trygdens refusjonssystem. Trygdens kostnader øker fortsatt relativt sterkt. En hovedårsak er overgangen til bruk av nye og dyrere legemidler. Trygdens utgifter må også sees i sammenheng med at samfunnet kan oppnå besparelser på andre områder ved at befolkningen får tilgang på effektive legemidler. Imidlertid er det ofte vanskelig å få dokumentert en slik klar sammenheng. Refusjonsordningen er ført opp på trygdebudsjettet (se kap. 2751).

Hovedformålet med å ta i bruk nye og dyre legemidler er å gi den enkelte pasient et bedre behandlingstilbud. I en budsjett- og prioriteringssammenheng er det nødvendig å få frem en bedre dokumentasjon over samfunnsøkonomiske virkninger ved bruk av slike legemidler. Det vil også styrke statens grunnlag for prisforhandlinger med legemiddelindustrien. Dette er faglig sett krevende oppgaver. I de senere år er det etablert en liten legemiddeløkonomisk avdeling ved Statens legemiddelkontroll.

Prisene på legemidler i Norge ligger i dag litt i overkant av gjennomsnittlig europeisk nivå. Etter departementets oppfatning er det i dag for liten priskonkurranse mellom legemiddelprodusentene når det gjelder leveranser til publikum. Den gunstige prisutvikling som er oppnådd i de senere år på reseptpliktige legemidler levert til publikum skyldes hovedsakelig statens tiltak for å redusere apotekenes avanser og øket konkurranse i grossistledet. Gjennom økt bruk av parallellimporterte legemidler er det et betydelig potensiale for innsparinger i samfunnets utgifter til legemidler. I september 1993 ble det innført et eget referanseprissystem for synonympreparater. Systemet innebærer at det fastsettes en maksimal pris for hva folketrygden pliktmessig skal refundere for en gitt gruppe synonyme preparater. Denne maksimalprisen, kalt referanseprisen, er hittil fastsatt som prisen på billigste synonympreparat i gruppen + 5 pst. Egenandelen beregnes av referanseprisen. Dersom legen forskriver et preparat med høyere pris enn referanseprisen, må pasienten selv dekke mellomlegget.

Med virkning fra 15. mars 1998 ble dagens referanseprissystem oppdatert til å omfatte nye grupper av synonympreparater som har kommet på markedet i de senere år, samtidig som referanseprisen settes lik prisen på billigste synonympreparat, uten tillegget på 5 pst. som hittil. Oppdateringen av systemet ble beregnet å gi folketrygden en innsparing på omlag 10 mill. kroner.

For å stimulere til økt priskonkurranse på dyre legemidler ble referanseprissystemet utvidet til også å omfatte legemidler som parallellimporteres i konkurranse med det direkteimporterte legemiddel. Tiltaket ble beregnet å gi folketrygden en årlig innsparing på 140 mill. kroner. Det vises til kap. 2751 for en mer utførlig beskrivelse.

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.

3. Virkemidler og forventede resultater

To offentlige utvalg på legemiddelområdet la fram sine utredninger tidlig i 1996. Resultatet av oppfølgingen av disse to utvalgene presenteres som en Odelstingsproposisjon i høstsesjonen 1998.

Det foreslås bevilget 1,5 mill. kroner til styrking av de regionale legemiddelsentre.

Det legges opp til utvidelse av referanseprissystemet til også å gjelde nye sykdomsgrupper og å la legemidler i ulik farmasøytisk form som likevel anses medisinsk

likeverdige (f.eks. legemidler i kapsel og tablettform) grupperes sammen med felles referansepris. Dette vil stimulere til ytterligere konkurranse mellom aktørene på legemiddelmarkedet. Samlet beregnes dette å gi en innsparing på 75 mill kroner, jf kap 2751.

Etter Sosial- og helsedepartementets vurdering er det økonomisk grunnlag for en justering av avansestrukturen. Myndighetene vil i dialog med Norges Apotekerforening arbeide videre med å utforme nye apotekavanser for 1999.

KAP. 750 STATENS LEGEMIDDELKONTROLL

(jfr. kap. 3750 og 5578)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	53 661	58 500	63 785
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	1 378	1 400	1 415
	Sum kap. 0750	55 039	59 900	65 200

Det er overført fra 1997 til 1998:

Post 01: 566 000 kroner

Post 45: 8 000 kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

Statens legemiddelkontroll skal ivareta forbrukernes og helsepersonals behov for effektive og sikre legemidler og bidra til riktig og kostnadseffektiv legemiddelbruk.

Virksomheten bygger på:

- et tverrfaglig miljø med spesialisert kompetanse innen farmasi, medisin, veterinærmedisin, legemiddeløkonomi, jus og informasjonsbehandling,
- spesialiserte og godt utstyrte laboratorier, samarbeid med andre fagmiljøer, andre lands legemiddelmyndigheter og internasjonale organisasjoner.

De viktigste målgruppene for SLKs informasjonsvirksomhet er leger, tannleger, farmasøyter, veterinærer og legemiddelbrukere. SLK har et særlig ansvar for å gi produsentuavhengig informasjon om nye legemidler og ny viten om legemidler. SLK skal informere om riktig og kostnadseffektiv bruk av legemidler.

2. Resultatrapport 1997

Gode legemidler

SLK behandlet 14 pst. flere søknader om markedsføringstillatelse for nye legemidler enn i 1996. For parallellimporterte legemidler har det vært en reduksjon på 58 pst. som skyldes færre søknader.

Resultatindikatorer	Resultat 1996	Resultat 1997	Mål 1998	Mål 1999
Antall behandlede søknader, nye legemidler	342	389	400	400
Gjennomsnittlig behandlingstid (mnd)	14	12	7*	10
Antall behandlede søknader, parallellimport	252	106	100	100
Antall kontrollerte preparater	446	444	500	500

* Netto behandlingstid, dvs fratrasket saksbehandling hos søkeren.

Alle innkomne saker vedrørende klinisk utprøving, bivirkningsmeldinger og søknader om godkjenningssfritak behandles fortløpende uten ventetid. Det har vært en mindre nedgang i antall saker i forhold til året før.

Riktig bruk av legemidler

Nytt om legemidler (opplag 26 000) ble gitt ut med åtte ordinære nummer.

I samarbeid med det svenske Läkemedelsverket arrangerte SLK sju terapiverksteder. Seks av terapiverkstedene var humanmedisinske og ett hadde veterinært tema. Alle gis ut i form av terapianbefalinger som supplement til *Nytt om legemidler*, og tre kommer også ut i bokform.

Kostnadseffektiv legemiddelbruk

Seksjon for legemiddeløkonomi behandlet 419 prissøknader og utførte 18 legemiddeløkonomiske analyser. Arbeidet med legemiddeløkonomi er styrket ved at SLK har utarbeidet en IT-basert prisliste for reseptpliktige legemidler.

3. Tilstandsvurdering*Gode legemidler*

Den grunnleggende utfordring for SLK er å sikre at legemidler som markedsføres i Norge tilfredsstiller norske krav til kvalitet, sikkerhet og effekt. Antall legemidler på det norske markedet er stadig økende. Det fordrer en effektiv behandling av søknader etter et regelverk som er tilpasset EØS-avtalen, samt en effektiv etterkontroll. Et nært samarbeid med europeiske myndigheter og ekspertise er avgjørende for å opprettholde god og effektiv søknadsbehandling. Ytterligere harmonisering med utveksling av utredningsprotokoller fra andre land har stor betydning.

SLKs bivirkningsarbeid skal sikre at alvorlige eller nye bivirkninger registreres, og at ny viten om bivirkninger får de nødvendige regulatoriske konsekvenser.

Riktig bruk av legemidler

Produsentuavhengig og oppdatert kunnskap om legemidler er en viktig forutsetning for riktig bruk av legemidler. Helsepersonell har et økende behov for uavhengig veiledning om riktige terapivalg. Brukerne får tilrettelagt informasjon gjennom bl. a. pakningsvedlegg og brosjyrer.

Kostnadseffektiv legemiddelbruk

Legemiddelmarkedet preges av økende konkurranse som følge av parallellimport og offentlige innkjøpsordninger. Referanseprisordningen med et maksimalt refusjonsbeløp for likeverdige legemidler er utvidet til å omfatte vesentlig flere legemidler enn tidligere. Skal markedet fungere, må informasjon om priser være lett tilgjengelig for både forskrivere og forbrukere. Referanseprisen blir justert halvårlig, mens nye legemidler og pakninger tas med i en månedlig oppdatering. Den elektroniske prislisten distribueres månedlig til landets apotek.

4. Satsingsområder og mål 1999

SLK skal sikre et best mulig legemiddeltilbud i Norge. SLK vil fortsatt satse på tiltak som vil korte ned saksbehandlingstiden. Det innebærer ytterligere harmonisering innenfor rammen av EØS-avtalen med forenkling av saksgang og utveksling av utredninger med andre legemiddelmyndigheter i EØS-området.

Kontinuerlig overvåking av legemidlers bivirkninger er fortsatt viktig. Særlig gjelder dette nye legemidler der viten om sikkerhet og effekt er begrenset. SLK vil satse på et samarbeid med helseregionene med sikte på å finne fram til et system for rapportering av bivirkninger som både tilfredsstiller sentrale, regulatoriske krav og regionale behov.

Oppbygging av nasjonal kontroll av humane vaksiner er videreført i 1998 med opplæring av personale, validering av metoder og ombygging og modernisering av dyrestall i henhold til internasjonale retningslinjer. I 1999 vil det satses på kvalitetssikring i henhold til internasjonale standarder for å realisere deltakelse i det felles europeiske kontrollsamarbeid for frigivelse av produksjonspartier av vaksiner.

Produsentuavhengig legemiddelinformasjon skal utvikles videre. Dette gjelder formidling av terapianbefalinger til leger, utvikling av elektronisk legemiddelinformasjon og økonomiske aspekter ved legemiddelbruk. I tråd med statens informasjonspolitikk og IT-satsinger i helsevesenet, legges det vekt på at informasjonsproduktene utvikles i nær dialog med brukerne.

Legemiddeløkonomiske utredninger vil bli gjennomført for lidelser som omfatter store befolkningsgrupper og for nye legemidler som representerer gjennombrudd i

behandlingstilbud. Nasjonale retningslinjer for legemiddeløkonomiske analyser utarbeides i 1998 og vil bidra til en åpnere fremstilling av kostnader og nytte ved bruk av legemidler.

5. Merknader til budsjettforslaget for 1999

Post 01 Driftsutgifter

Posten foreslås styrket med 2,9 mill. kroner mot økte inntekter under kap. 5578. Merutgiftene er retlatert til arbeidet med Norsk legemiddelhåndbok og elektronisk legemiddelinformasjon.

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 85,7 pr. 1. oktober 1996 og 96,5 pr. 1. mars 1998.

Post 45 Store utstyrsanskaffelser og vedlikehold

KAP. 3750 STATENS LEGEMIDDELKONTROLL (jfr. kap. 750)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
02	Gebyrinntekter	909	150	150
16	Refusjon fødselspenger	541		
17	Refusjon lærlinger	40		
	Sum kap. 3750	1 490	150	150

Post 02 Gebyrinntekter

Posten gjelder gebyrinntekter i forbindelse med godkjenning av produkter til rengjøring og desinfeksjon av fiskeoppdrettsanlegg..

KAP. 5578 AVGIFT PÅ FARMASØYTISKE SPESIALPREPARATER (jfr. kap. 750)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
70	Registreringsavgift	40 501	36 320	36 320
71	Kontrollavgift	24 806	22 330	25 230
	Sum kap. 5578	65 307	58 650	61 550

Sosial- og helsedepartementet innførte et nytt avgiftssystem for farmasøytiske spesialpreparater i 1992. Avgiften bygger på en kombinasjon av en registreringsavgift og en kontrollavgift lagt på legemiddelprodusentenes omsetning. Det antas at det i 1997 vil bli anmeldt 400 nye legemidler til registrering, 200 parallellimporterte preparater og ca. 50 preparater til fornyet registrering.

KAP. 5632 AKSJER I NORSK MEDISINALDEPOT A/S

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
80	Utbytte	25	175 000	25 000
	Sum kap. 5632	25	175 000	25 000

Sosial- og helsedepartementet har vurdert sitt eierskap i Norsk Medisinaldepot AS (NMD). Det vises til St prp nr 63 (1996-97) der departementet tilrår at en går i gang med

forhandlinger med sikte på helt eller delvis salg av statens eierinteresser i NMD. Stortinget sluttet seg til departementets forslag i jf Innst S nr 295 (1996-97), med premisset at statens eierandeler bør være på minimum 33 pst. I St prp nr 65 (1997-98) ba Sosial- og helsedepartementet om fullmakt fra Stortinget til å foreta et salg av inntil 66 pst av statens andeler i Norsk Medisinaldepot. Fullmakten forutsetter at:

- Staten beholder en eierandel på minimum 34
- Bredest mulig spredning av eierskapet på norske hender
- Oppnå best mulig pris
- Sikre kjøpere/alliansepartnere som bidrar til økt konkurranse og effektiv ressursbruk i legemiddelmarkedet
- Styrke bedriftens markedsposisjon og trygge arbeidsplassene
- Sikre forsvarlig beredskap av legemidler

Stortinget sluttet seg til forslaget i Innst S nr 252 (1997-98).

Sosial- og helsedepartementet er i ferd med å forberede et salg, og har bl.a. engasjert meglerhuset Fondsfinans for å bistå departementet i salgsprosessen. Et delsalg av Norsk Medisinaldepot vil tidligst kunne skje i løpet av høsten 1998.

Utdeling av utbytte

Stortinget kan i dag vedta hvilket utbytte som skal fastsettes på generalforsamlingen i Norsk Medisinaldepot AS. Ved en delprivatisering av NMD vil fastsettelse av aksjonærutbytte bero på generalforsamlingsvedtak hvor også andre eiere enn staten vil være representert.

KAP. 751 APOTEKVESENET

(jfr. kap. 3751 og 5577)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
70	Tilskudd til apotek	6 150	16 050	79 640
71	Stipendier	425	450	
72	Tilskudd til fraktfusjon av legemidler	43 144	48 000	
73	Tilskudd til Institutt for farmakoterapi	3 089	3 380	
74	Tilskudd til regionale legemiddelsentra	5 564	8 280	
	Sum kap. 0751	58 372	76 160	79 640

Postene er slått sammen til en felles post 70 *Tilskudd til apotek m.m.*, jfr. St.prp. nr. 65 (1998-99).

Apotekvesenet har i dag enerett på legemiddelomsetningen i detaljistleddet, og omsetter spesialvarer som stiller krav til leveringsdyktighet og kunnskapsformidling. Apotekene utfører også oppgaver som det offentlige har pålagt dem, 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.

Apotekene er, sett bort fra sykehusapotekene, drevet av selvstendig næringsdrivende. Det er imidlertid myndighetene som fastlegger de økonomiske rammebetingelser, fastsetter apotekenes beliggenhet og antall, oppnevner apotekere, utarbeider og følger opp lover og forskrifter. Det er viktig å oppnå kvalitet og sikkerhet i legemiddeldistribusjonen, sørge for god apotekdekning innenfor gitte økonomiske rammer, sikre god ressursutnyttelse, holde kostnadsnivået nede og unngå utilsiktede privatøkonomiske gevinster. Gjennom tilsynsvirksomheten ønsker myndighetene dessuten å inspirere apotekene til virksomhet som bidrar til rasjonell legemiddelbruk i samfunnet.

Apotekenes inntekter kommer fra salg av legemidler og handelsvarer. Handelsvarer utgjør normalt 10-15 pst. av omsetningen. Driftsresultatet på de enkelte apotek varierer mye, avhengig av befolkningsunderlag og derved salgets størrelse og sammensetning, lokalkostnader og utgifter til nødvendige, godkjente investeringer.

Samlet regnskap for samtlige private apotek (i 1 000 kr)

	1994	1995	1996	1997
Netto varesalg	5 689 737	6 257 412	6 656 214	7 200 377
Sum kostnader	5 444 532	6 018 111	6 422 506	6 976 224
Res. før driftsstøtte.....	245 205	239 301	233 708	224 153
Ettergift avgift.....	803	702	584	434
Tilskudd	50717	5 040	5 437	6 230
Res. etter driftsstøtte	251 725	245 043	239 729	230 817
Gj.sn. pr. apoteker:				
Res. før driftsstøtte.....	973	953	931	900
Res. etter driftsstøtte	999	976	955	927

Gjennomsnittresultatet pr. apotek etter driftsstøtte økte fra 510 000 kroner i 1987 til 999.000 kroner i 1994. Overskuddene er nå på vei nedover, men er fortsatt høye. Fra 1. januar 1998 ble det foretatt en reduksjon i avansesatsene på 1 prosentenhet. Samtidig ble arbeidet med å innføre mer kostnadsriktige avanser videreført i 1998. Avansene består i prinsippet av to komponenter, en prosentpåslagsdel og en kronetilleggsdel. Før 1. januar 1998 utgjorde prosentpåslagsdelen i overkant av 50 pst. av apotekenes samlede avanser. Resten av avansen ble generert av kronetillegg pr. solgt pakning. En konsekvens av prosentpåslagsdelen er at dyre legemidler blir mer lønnsomme for apotekene enn billigere legemidler, og at utsalgsprisen for dyre legemidler blir høyere enn medikamentets innkjøpspris til apotek og håndteringskostnader burde tilsi. Departementet mener at avansene i større grad bør reflektere apotekenes faktiske håndteringskostnader. Avansestrukturen ble derfor endret fra 1. januar 1998. Prosentpåslagsdelen anslås nå å utgjøre 25-35 pst. av apotekenes samlede avanse. Omleggingen har medført en besparelse for folketrygden ved at dyre legemidler har blitt billigere. Samtidig er billige medisiner, bl.a. på hvit resept, blitt noe dyrere. Omleggingen har ikke endret apotekenes samlede avanse.

Etter Sosial- og helsedepartementets vurdering er det grunnlag for å endre apotekenes avanser for regnskapsåret 1999. Departementet har i inneværende år avholdt to kontaktmøter med Norges Apotekerforening og Statens helsetilsyn for å gjennomgå utviklingen i apotekenes økonomi. Myndighetene vil i dialog med Norges Apotekerforening arbeide videre med å utforme nye apotekavanser for 1999.

Post 70 Tilskudd til apotek m.m.

Posten er en sammenslåing av de tidligere postene 70, 71, 72, 73 og 74. Samlet foreslås en bevilgning på 79 640 000 for 1999. Bevilgningen foreslås fordelt som følger:

1. Tilskudd til apotek (16,467 mill kr)

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.

De nødvendige tilskuddsmidler tas inn i form av en særlig avgift på legemiddelomsetningen. Avgiften og driftstilskuddet virker til en viss grad utjevnende på apotekernes overskudd og sikrer de økonomiske kår for innehavere av lite bærekraftige driftsenheter.

Som støtte for Helsetilsynets behandling av søknader om apotekopprettelser, blir det ca. hvert femte år utarbeidet landsdekkende planer for apotekdekningen. Den siste planen forelå høsten 1994. Denne planen tar sikte på en gradvis reduksjon av antall apotek i byene til fordel for en bedre geografisk fordeling av apotekene. Det er tatt sikte på at det skal være minst ett offentlig sykehusapotek i hvert fylke, og at den øvrige utbygging av apoteknettet i stor grad blir basert på opprettelse av nye filialapotek.

Plantall	I drift 1990	I drift 1992	I drift 1995	Plantall 1996	Forslag 1997
Private apotek i drift	260	256	250	249	252
Private filialapotek	41	55	78	98	106
Sykehusapotek, i drift	19	24	27	27	28

* Det er usikkerhet knyttet til antall filialapotek grunnet ny landsplan for apotekdekning.

2. Stipendier (0,462 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.

3. Tilskudd til fraktfusjon av legemidler (49,248 mill kroner)

Ordningen med fraktfusjon administreres av Norges Apotekerforening og Helsetilsynet, etter nærmere avtale mellom partene. 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 salgsfremmede tiltak overfor pasienter/kunder.

Fraktfusjonsordningen finansieres gjennom avgifter pålagt det private apotekvesen over kap. 5577.

Utgiftene i forbindelse med fraktfusjoner var i 1997 44,5 mill. kroner.

4. Institutt for farmakoterapi ved Universitetet i Oslo (3,468 mill kroner)

Sosial- og helsedepartementet gir tilskudd til driften av Institutt for farmakoterapi ved Universitetet i Oslo.

5. Tilskudd til regionale legemiddelsentra (9,995 mill kroner)

Faglig forsvarlig og riktig bruk av legemidler er et sentralt element i norsk legemiddelpolitikk. Arbeidet med produsentuavhengig legemiddelinformasjon må styrkes, og i større grad nå ut til helsepersonell og publikum. Dette sees i sammenheng med at utfordringene på legemiddelområdet blir større med et mer komplekst og sammensatt legemiddelmarked. Den medisinsk-teknologiske utviklingen gjør det mer krevende for helsepersonell å holde seg tilfredsstillende faglig oppdatert om endringer på legemiddelområdet i en travel klinisk hverdag. Samtidig intensiveres industriens markedsføringsaktiviteter.

Sosial- og helsedepartementet foreslo i tråd med dette i St.prp. nr. 1 (1996-1997) at driften av de regionale sentra for legemiddelinformasjon videreføres på permanent basis, og at det opprettes ett nytt senter i 1997 i helseregion 4 eller 5. Disse er nå opprettet og er lokalisert i Trondheim og Tromsø.

Ved formidling av produsentuavhengig legemiddelinformasjon og aktivt samarbeid med helsepersonell i regionen skal sentrene bidra til faglig forsvarlig og rasjonell legemiddelbruk. Sentrene skal formidle informasjon for å øke bevisstgjøringen om legemidler for å optimalisere bruken både til den enkelte pasients og samfunnets beste.

Arbeidet med produsentuavhengig legemiddelinformasjon foreslås styrket med 1,5 mill kroner.

KAP. 3751 APOTEKVESENET

(jfr. kap. 751)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
03	Tilbakebetaling av lån		200	200
	Sum kap. 3751		200	200

Med syklusbestemte kostnader regnes utgifter som oppstår ved etablering av nye apotek, overtagelse 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 syklusbestemte forhold. Tilskudd i forbindelse med syklusbestemte utgifter kan gis for en periode på inntil 5 år og gjelder for alle apotek. Denne driftsstøtten er et lån fra staten ved Statens helsetilsyn. Lånet må tilbakebetales.

Størrelsen på syklusbestemt støtte til apoteker blir bestemt ut fra en individuell vurdering av søknad fra apoteker. Syklusbestemt støtte ansees som gjeld etter skattelovens § 36, første ledd. Lånet er rentefritt. Hvis støttebehovet ikke går over 5 år, starter tilbakebetaling året etter siste støtteår med en nedbetalingstid på 10 år. Avdragene forfaller til betaling 1. juni og 1. desember. Lånet kan nedbetales raskere. Ved skifte av apotekbevilling følger gjelden låntaker. Når låntaker går av med pensjon må lånet innfris. Fra og med driftsstøtte utbetalt i 1998 må lånet innfris også dersom låntaker av andre årsaker slutter som apotekeier.

KAP. 2480 RIKSHOSPITALET'S APOTEK

Rikshospitalets apotek er en statlig forvaltningsbedrift med eget styre.

(i 1 000 kr)				
Underpost	Betegnelse	Regnskap 1996	Budsjett 1997	Forslag 1998
24.1	Driftsinntekter	-94 738	- 85 700	- 122 090
24.2	Driftsutgifter	92 206	85 630	121 990
24.3.	Renter	35	30	70
24.4	Avskrivninger	40	40	30
	Sum kap. 2480.24	-2 457	0	0

De oppførte tall er basert på overslag for omsetningen. Aktiviteten på apoteket er styrt av etterspørselen fra kundene.

1. Formål og hovedprioriteringer

Apotekets hovedmål er at Rikshospitalet og pasientene får legemidler, farmasøytiske tjenester og kompetanse til gunstigst mulig pris. Apoteket skal bidra til å høyne standarden i takt med utviklingen i faget og helsevesenet forøvrig. Driften skal gå i balanse. Apoteket skal drives med tilfredsstillende økonomiske marginer, og et eventuelt overskudd skal overføres til Rikshospitalet.

Apoteket har legemiddelutsalg for pasientene ved sykehuset og leverer legemidler og farmasøytiske tjenester til Norges Veterinærhøgskole og andre statlige institusjoner i Oslo-området. Apoteket har også ansvar for driften av regionalt legemiddelinformasjonssenter i region 2 (RELIS 2).

Apoteket har satt seg som mål å gjøre Rikshospitalet og pasientene så fornøyd at de ønsker Rikshospitalets apotek som førstevalg for leveranse av legemidler og farmasøytiske tjenester.

Apoteket flytter med Rikshospitalet til Gaustad.

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.

3. Resultatrapport 1997

Apoteket opprettholder høy leveringsdyktighet og viderefører arbeidet med å redusere sykehusets legemiddelutgifter. Rikshospitalets utgifter til legemidler økte 0,6 pst. fra 1996-97, mens forbruket av legemidler økte med 7,4 pst.

Fra og med 1997 rapporterer apoteket økonomisk etter kontantprinsippet. Dette har krevet betydelig oppmerksomhet omkring apotekets regnskapsprinsipper. Apotekets overskudd fra 1996 på tre mill. kroner basert på regnskapsprinsippet ble overført til Rikshospitalet i 1997. Usikkerhet om det økonomiske resultat i 1997, kombinert med virkningen av at kontantprinsippet ble tatt i bruk regnskapsmessig, gjorde at halvparten av det utbetalte overskudd for 1996 måtte tilbakebetales til apoteket for å motvirke mulig underskudd. I samarbeid med Radiumhospitalets apotek ansatte Rikshospitalets apotek en økonom for å innføre det nye økonomireglementet, og arbeidet med dette er i rute fra apotekets side.

Planlegging av flyttingen til nytt Rikshospital har krevet betydelig arbeidsinnsats fra alle medarbeidere også i 1997.

– Elektronisk lagerstyring og bruk av strekkoder er innført. Apoteket har også utformet en IT-strategi. Tilsyn med legemiddelhåndteringen ved Rikshospitalet er lagt om til systemrevisjon.

Resultatutvikling ved Rikshospitalets apotek 1994-97 og mål 1998-99

Resultatindikator	1994	1995	1996	1997	Mål 1998*	Mål 1999*
Økonomi, aktivitet og kvalitet						
Driftsresultat (i pst. av omsetning før overføring til sykehuset						
- regnskapsprinsipp.....	3,1	0,8	4,0	2,8	0,5	0,1
- kontantprinsipp.....				0,5	0	0
Legemiddelsalg til Rikshospitalet (i mill. kroner, eks. mva)	48,0	49,6	50,5	50,8	50	42
Legemiddelsalg til Rikshospitalet (i 1 000 definerte døgndoser).....			1 250	1 350	1 350	1 150
Andel anbudskjøp (i pst. av totalt innkjøp)		10	20	24	26	30
Produksjoner i stor skala (i 1 000 enheter)	120	116	164	177	150	125
Resepter ekspedert (i 1 000)	49	52	50	52	51	52
Produksjoner til enkeltpasienter (i 1 000 enheter).....	6	7	6	6	7	6
Leveringsdyktighet til sykehuset (gj.snitt i pst.).....	96	96	96	96	96	96
Feil i sykehusets leveranser (i pst. av leveranser) (ny)				0,15	mindre	mindre
Oppklaring av feil/uklarheter i bestillinger til enkeltpasienter (i pst. av bestillinger) (ny).....				ny	mindre	mindre

* På grunn av flytting til Gaustad i januar 1999 knytter det seg usikkerhet til målene.

** Overskuddet overføres til Rikshospitalet hvert år.

4. Satsingsområder og mål for 1999

Usikkerheten knyttet til sykehusets flytting til Gaustad vil prege apoteket i 1999. Inntektene vil bero på sykehusets aktivitetsnivå, samtidig som utgiftene påvirkes av selve flytteprosessen. Det er således knyttet stor usikkerhet til apotekets budsjett for 1999. Kompensasjon for apotekets kostnader knyttet til flytteprosessen finansieres innenfor rammene for Nytt Rikshospital på Gaustad og inngår i apotekenes inntekter fra sykehuset. Apotekets spesielle utfordringer er å kunne yte sykehuset leveranser av legemidler og farmasøytiske service kontinuerlig i hele perioden før, under og etter flytting. Apoteket har som mål å beholde en høy leveringsdyktighet og fortsatt redusere sykehusets legemiddelutgifter ved anbudskjøp m.v.

Apoteket ønsker å bidra til kvalitetssikring av legemiddelbruk på sykehuset.

KAP. 2481 RADIUMHOSPITALET'S APOTEK

Radiumhospitalets apotek er organisert som statlig forvaltningsbedrift med eget styre.

(i 1 000 kr)				
Underpost	Betegnelse	Regnskap 1996	Budsjett 1997	Forslag 1998
24.1	Driftsinntekter	-48 101	-42 327	- 65 839
24.2	Driftsutgifter	51 095	41 950	65 568
24.3	Avskrivninger	117	117	117
24.5	Renter	155	260	64
Sum kap. 2481,24		3 266	0	0

De oppførte tall er basert på overslag for omsetningen. Aktiviteten på apoteket er styrt av etterspørselen fra kundene.

1. Formål og oppgaver

Radiumhospitalets apotek ble etablert i 1990 for å forsyne Det Norske Radiumhospital med legemidler og farmasøytiske tjenester til gunstigst mulig pris. Driften er forutsatt å gå i balanse. Apoteket skal drives med tilfredsstillende økonomiske marginer. Et eventuelt overskudd overføres til sykehuset ved årets slutt.

Apoteket har publikumsutsalg.

2. Tilstandsvurdering

De generelle rammebetingelsene for landets apotek er blitt endret. Fortjenestemarginene er blitt mindre som følge av avansereduksjoner i 1996 og 1997. Det beløp som kan overføres til sykehuset er derfor blitt redusert. Lavere legemiddelpriser og lavere avansesatser samt anbudsinnkjøp har gitt reduserte priser til sykehuset.

3. Resultatrapport 1997*Oppfølging av målintikatorer*

Resultat mål	Resultatindikator	1994	1995	1996	1997	Mål 1998	Mål 1999
Økonomi	Driftsresultat i pst. av omsetning						
	- regnskapsprinsipp.....	6,8	-2,5	1,8	2,9	0,1	0,1
	- kontantprinsipp				0,8	0	0
	Legemiddelsalg til DNR (mill.kr. eksl. mva.)	26,7	24,7	36,2	38	39	39
Aktivitet	Andel anbudssalg i pst. av totalt innkjøp	10	49	72	68	70	70
	Legemiddelsalg til DNR (1 000 definerte døgndoser).....	ny	ny	ny	ny	ny	ny
	Produksjon til enkeltpasienter i enheter	14,2	14,3	16,1	17,2	17	18,5
	Produksjon i stor skala i enheter	0	0	0	0	0	0
Kvalitet	Leveringsdyktighet i pst. (legemiddelliste-preparater).	99	99	99	99	99	99
	Feil i apotekets leveranser til DNR	ny	ny	ny	ny	ny	ny
	Oppklaringer av feil/uklarheter ved bestillinger til enkeltpasienter.....		10,3	8	8	reduk- sjon	reduk- sjon

Fra og med 1996 har apoteket budsjettet med et salg av Taxol på 20 mill.

Apoteket har videreført arbeidet med å øke kvalitet og sikkerhet i alle ledd. Elektronisk lagerstyring og bruk av strekkoder er innført. Det er utviklet nye retningslinjer for legemiddelhåndtering ved legepostene. Apotekets økonomi har ikke gjort det mulig å prioritere farmasøytisk rådgivningstjeneste i ønsket grad. Fra og med 1997 rapporterer apoteket etter kontantprinsippet.

4. Satsingsområder og mål for 1999

Apotekets hovedmål er å arbeide for reduserte legemiddelutgifter ved anbudsinnkjøp m.v.

Apoteket skal være et kompetansesenter innen onkologisk farmasi (kreftmedisin) og bidra til å høyne standarden på dette feltet i takt med utviklingen. Apoteket har videre bl.a. som mål å opprettholde høy leveringsdyktighet og fortsette arbeidet med kvalitetsikringen av legemiddelhåndteringen spesielt på sykepostene.

KAP. 5577 AVGIFT TIL STATEN AV APOTEKENES OMSETNING

(jfr. kap. 1507 og 751)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
70	Avgift	77 236	82 500	87 500
	Sum kap. 5577	77 236	82 500	87 500

Apotekene skal etter § 38 i lov av 21. juli 1963 om drift av apotek m.v. betale avgift på legemiddelsalget til statskassen. Avgiften for 1997 var bevilget med 69,5 mill. kroner. Det ble vedtatt følgende satser for den avgiftspliktige omsetningen i 1998:

- Av de første kr 15 000 000 ingen avgift.
- Av de neste kr 8 000 000 2,5 pst.
- Av de neste kr 10 000 000 3,5 pst.
- Av resten 4,0 pst.
- Det gis et bunnfradrag på 6 mill. kroner for hvert filialapotek i avgiftsgrunnlaget.

Apotekavgiften tas inn i form av forskuddsavgift og restavgift.

Grunnlaget for beregning av avgift har de siste årene vært legemiddeldelen av apotekenes omsetning, og hvert enkelt apotek har betalt avgift ut fra apotekets legemiddelomsetning.

Apotekenes samlede overskudd har de siste årene vært stort. Dette er et resultat av en omlegging av apotekstrukturen med nedleggelse av enkelte ulønnsomme byapotek og opprettelse av filialapotek utenfor byene. Særlig for apotek med filialapotek har det samlede overskudd for apotekenheten vokst kraftig. Sosial- og helsedepartementet har derfor fra 1995 beregnet avgiften ut fra apotekenhetens samlede legemiddelomsetning. Dette vil redusere noen av de store overskuddene.

EØS-avtalen krever anbud på offentlige innkjøp. Dette vil redusere sykehusapotekenes inntjening. For å bedre denne situasjonen og samtidig bidra til billigere legemidler til sykehusene, har Sosial- og helsedepartementet fra 1995 fritatt alt salg av legemidler til fylkeskommunale sykehus og andre fylkeskommunale institusjoner for apotekavgift. Dette gjelder både for salg fra offentlige og private apotek.

Følgende avgiftstrinn og prosentsatser foreslås for 1999:

- Av de første 15 000 000 kroner ingen avgift.
- Av de neste 8 000 000 kroner 2,5 pst.
- Av de neste 10 000 000 kroner 3,5 pst.
- Av resten 4 pst.
- Det gis et bunnfradrag på 6 mill. kroner for hvert filialapotek i avgiftsgrunnlaget.

Med disse satser og trinn er avgiften beregnet å innbringe 87,5 mill. kroner. Disse inntekter vil dekke de ordinære utgifter til pensjonsordning for apoteketaten, tilskudd til fraktrefusjon av legemidler og tilskudd til det private apotekvesen m.v.

Avgiften innteksføres under kap. 5577 post 70.

*Programkategori 10.60 Helse- og sosialtjenesten i kommuner og fylkeskommuner***Programkategori 10.60 Kapitler**

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
0760	Fylkeskommunenes helse- og sosialtjeneste	8 960 651			-0,0
0761	Kommunenes helse- og sosialtjeneste	339 302			-0,0
	Sum kategori 10.60	9 299 953			-0,0

Programkategori fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post- gruppe	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999	Pst. endr. 98/99
60-69	Overføringer til kommuner	9 299 865			-0,0
70-89	Overføringer til private	88			-0,0
	Sum kategori 10.60 Helse- og sosialtjenesten i kommuner og fylkeskommuner	9 299 953			-0,0

KAP. 760 FYLKESKOMMUNENES HELSE- OG SOSIALTJENESTE

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
61	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus m.v.	2 715 188		
62	Tilskudd til regionsykehus	1 273 429		
63	Refusjon godkjente kapitalutgifter	308 992		
64	Utstyrsinvesteringer	146 468		
65	Tilskudd til pasientbehandling, rehabilitering m.m.	3 624 080		
66	Helseregionale og andre samarbeidstiltak, kan overføres	66 283		
67	Andre tilskudd	310 189		
68	Tilskudd til styrking av tilbudet i psykisk helsevern	496 798		
69	Utprøvende behandling	19 224		
	Sum kap. 0760	8 960 651		

Bevilgningene til somatiske sykehus er fra 1998 flyttet til andre kategorier under departementet.

KAP. 761 KOMMUNENES HELSE- OG SOSIALTJENESTE

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
62	Tilskudd til psykiatri i kommuner	339 214		
70	Etterbetaling for opphold i alders- og sykehjem, <i>kan overføres</i>	88		
	Sum kap. 0761	339 302		

Bevilgningene til psykiatri er fra 1998 samlet under kategori 10.40 Psykisk helsevern.

Programområde 05 Sivilt beredskap*Programkategori 05.30 Helse- og sosial beredskap***KAP. 797 HELSE- OG SOSIAL BEREDSKAP**

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1997	SIII 1998	Forslag 1999
01	Driftsutgifter	11 231	12 100	12 150
	Sum kap. 0797	11 231	12 100	12 150

Det er overført fra 1997 til 1998:

Post 01: 1 200 000 kroner

Arbeidet med helse-, sosial- og trygdeberedskap bygger på virksomhetsideen til det sivile beredskap (St meld nr 24, 1992-93): "Det sivile beredskap skal, med sikte på kriser og krig, sørge for at samfunnet fungerer mest mulig normalt, gi befolkningen størst mulig sikkerhet for liv, helse og velferd, samt yte støtte innenfor rammen av det norske totalforsvar." Videre baseres arbeidet på St meld nr 48 (1993-94) Langtidsplan for det sivile beredskap (1995-98), og St meld nr 25 (1997-98) Hovedretningslinjer for det sivile beredskaps virksomhet og utvikling i tiden 1999-2002, som bl a vektlegger fredskriseplanlegging og bruk av internkontrollmetoden i beredskapsarbeidet.

1. Formål og hovedprioriteringer

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.

Hovedmål 1: Et helsevesen som i kriser i fred og i krig i størst mulig grad forebygger og begrenser skader og sykdom, og sikrer liv og helse gjennom utøvelse av medisinsk behandling, pleie og rehabilitering.

Hovedmål 2: Et helsevesen som tar beredskapsmessige hensyn i planleggingen og som har et helhetlig og øvet planverk for omstilling både i fred og krig.

Hovedmål 3: En samfunnstjenlig prioritering av forsyning, distribusjon og fordeling av varer, tjenester og personell som er livsviktige i helsetjenesten.

Grunnlaget for helsemessig beredskap utgjøres av helsevesenets ordinære organisasjon og ressurser. Tiltak som dekkes over denne bevilgning, skal legge til rette for og stimulere helsevesenets beredskapsarbeid ytterligere, slik at helsevesenet på alle nivåer er best mulig forberedt på å møte ekstraordinære situasjoner i fred og i krig.

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.

Hovedmål 4: Sosial- og omsorgstjenesten skal bidra til at tjenestemottakerne ved kriser i fred og i krig kan opprettholde et normalt liv, iht. lov om sosiale tjenester.

Hovedmål 5: Sosial- og omsorgstjenesten bør ha størst mulig evne til problemløsning, omstilling og fleksibilitet i forhold til endrede forhold og utfordringer som kan oppstå under kriser i fred og krig.

Departementet vil videreføre arbeidet med å kvalitetssikre og følge opp gitte resultatmål, bl.a. gjennom resultatrapportering som viser i hvilken grad målene nås.

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.

Hovedmål 6: Trygdeetaten skal ved kriser i fred og i krig best mulig sikre trygderettighetene til befolkningen

Hovedmål 7: Trygdeetaten skal ha et helhetlig og øvet planverk slik at nødvendig omstilling skjer på en effektiv og god måte ved kriser i fred og i krig

2. Resultatrapportering 1997/98 - satsingsområder i 1999

2.1 Helseberedskap

Oppdatering av organisering og ansvarsforhold:

Erfaringene fra storflommen i 1995 er fulgt opp gjennom en utredning på smittevern- og drikkevannsområdet. Innstillingen er til behandling i departementet.

I 1997 ble det foretatt en evaluering av atomulykkesberedskapen. Hovedkonklusjonen var at man må beholde dagens organisering med enkelte justeringer. Høringsuttalelsene til evalueringen gav i det vesentligste tilslutning til hovedkonklusjonen. Med dette som utgangspunkt ble det ved Kgl res av 26. juni 1998 fastsatt nytt mandat for sentral og regional organisering av atomulykkesberedskapen, som erstatter Kgl res av 12. mars 1993; Mandat for sammensetning av Faglig råd og Kriseutvalget ved atomulykker. I Kgl res av 26. juni 1998 er beredskapen ved atomulykker og virkninger av atomvåpen overfor sivilbefolkningen ved sikkerhetspolitiske kriser/krig tillagt Kriseutvalget for atomulykker. I 1999 tas det sikte på å starte nødvendig oppfølging som følger av dette.

Lovverk:

Sosial- og helsedepartementet startet i 1995 et utredningsprosjekt med formål å utarbeide forslag til ny lov om helse- og sosial beredskap i fredstid og krig. Utredningen ble avsluttet sommeren 1997. Departementet er i gang med å utarbeide forslag til lov om helsemessig og sosial beredskap på grunnlag av utredningen og innkomne høringsuttalelser. Forslaget må samstemmes med annet lovarbeid som pågår i departementet, herunder med ny lov om helsepersonell, ny lov om spesialisthelsetjeneste og ny lov om strålevern. Det tas sikte på å legge frem en proposisjon for Stortinget i løpet av vårsesjonen 1999.

Beredskapsplaner:

Sosial- og helsedepartementet har, som ledd i et eget pilotprosjekt, innført internkontroll og kvalitetsstyring i beredskapsplanleggingen. Utvalgte underliggende statlige virksomheter deltar. Statens næringsmiddeltilsyn deltar når det gjelder næringsmiddelberedskap, herunder drikkevannsberedskap. Deltakerne i prosjektet har utarbeidet kriseplaner mot kriser / katastrofer i fred og omleggingsplaner mot sikkerhetspolitiske kriser/krig. Våren 1998 ble det som et ledd i arbeidet gjennomført et prøvetilsyn i departementet. Etter avtale var Direktoratet for sivilt beredskap tilsynsmyndighet. Mot slutten av året planlegges tilsvarende tilsyn i Statens helsetilsyn. På grunnlag av erfaringene fra tilsynet i departementet vil det i 1999 bli lagt vekt på ytterligere integrering av beredskapsplanleggingen i departementet og etatenes ordinære virksomhet.

I 1997/98 startet arbeidet med å videreføre internkontrollprosjektet til regionalt nivå med et prøveprosjekt i Vestfold. Formålet med prosjektet er å danne grunnlag for senere videreføring til andre fylker. Statens helsetilsyn ved Fylkeslegen i Vestfold leder prosjektet. I tillegg deltar bl a Fylkesmannsembetet, Fylkestyrgdekontoret og utvalgte kommunale næringsmiddeltilsyn. Arbeidet vil bli videreført i 1999.

Hordalandprosjektet som ble startet opp i 1994 og ledet av Fylkeslegen i Hordaland, har gjennom et omfattende samarbeid mellom fylkets 34 kommuner, Bergen by og 4 sykehus utarbeidet en mal for helseberedskapsplan og katastrofeplan for helsetjenesten i Hordaland samt en mal for katastrofeøvelser. Som del av prosjektet er det gjennomført 4 større tverretatlige beredskapsøvelser i lokalsykehusområdene. Det er utarbeidet til sammen 11 rapporter fra prosjektet hvor bla mottak av syke/skadede flyktninger og organisering av den akuttmedisinske beredskapen i sykehus er temaer. Hordalandprosjektet har også utarbeidet forslag til felles grunnopplæringsprogram for redningspersonell fra politi, brann- og helsevesen. Hordalandprosjektet ble avsluttet ved årsskiftet 97/98. Som ledd i evalueringen vil en se på mulighetene for å bruke erfaringene fra prosjektet som grunnlag for revisjon og utarbeidelse av planverket i landets øvrige fylker. Det vil også bli vurdert en videreføring i et helseberedskapsprosjekt for hele Helseregion 3.

I forbindelse med utbruddet av "hønsinfluensa" i Hongkong i desember 1997 aktiviserte Statens institutt for folkehelse deler av sin kriseplan med tanke på en mulig alvorlig verdensomspennende influensaepidemi. I 1997/98 har instituttet i samarbeid med Statens helsetilsyn startet utarbeidelsen av en nasjonal beredskapsplan for en slik pandemi. Arbeidet med denne planen blir videreført i 1999.

Statens institutt for folkehelse og tilsvarende institutter i de andre nordiske land har med finansiering fra Nordisk ministerråd ansatt epidemiologer med særlig ansvar for forebygging av og beredskap mot smittsomme sykdommer i Nordens nærområder.

Forbedring av gjensidige varslingsrutiner og utveksling av epidemiologisk informasjon vil bli prioritert i 1999.

I 1997/98 har Statens næringsmiddeltilsyn konsentrert seg om å utvikle samhandlingen med fylkesmannsembetenes beredskapsavdelinger, overfor det kommunale- / interkommunale næringsmiddeltilsynet. Samarbeidet har vært rettet mot samordning og veiledning av det kommunale næringsmiddeltilsynet i deres arbeid med egne kriseplaner og omleggingsplaner. Dette arbeidet videreføres i 1999.

Sosial- og helsedepartementet har i 1997 og 1998 deltatt i et prosjekt for revidering av Sivil hovedomleggingsplan. Prosjektet koordineres av Justisdepartementet.

Kompetanseheving - øvelser:

Innføring av internkontroll i beredskapsarbeidet og integrering av beredskapsarbeidet i den ordinære virksomheten medfører behov for særlige tiltak mht. kompetanseoppbygging i hele organisasjonen. Departementet har i 1998 utgitt en kompetanse- og opplæringsplan i beredskap for perioden 1998 – 2000, i den hensikt å systematisere eksisterende opplæringstiltak og heve den generelle beredskapskompetansen.

For å bidra til at befolkningen har best mulig kunnskap i førstehjelp er det i 1998 tildelt midler til frivillige organisasjoner til kurs i førstehjelp.

Behandling av pasienter som har vært utsatt for ulykker med gass eller kjemiske stoffer krever spesiell kompetanse fra innsatsmannskapene både på skadestedet og i sykehusene. Det ble i 1997 og 1998 gitt støtte til et kurs for 25 ansatte i helsevesenet. Deltagerne blir spesielt rekruttert fra områder med stor industriproduksjon av gass eller kjemiske stoffer.

Departementet ved Statens helsetilsyn har i 1998 deltatt i planleggingen, og skal i 1999 delta i gjennomføringen, av den årlige NATO øvelsen Crisis Management Exercise (CMX).

Departementet med utvalgte underliggende virksomheter har i 1998 deltatt i en fellesøvelse med Landbruksdepartementet.

Departementet med utvalgte underliggende virksomheter vil i 1999 delta i planleggingen av totalforsvarsøvelsen TOTEX, som vurderes gjennomført i år 2000.

Statens institutt for folkehelse har i 1998 gjennomført en øvelse i smittevernberedskap, hvor en tok utgangspunkt i et scenario med utbrudd av en meningokokksykdom ved en Folkehøgskole. Videre har instituttet arrangert et samarbeidsmøte om beredskap mot terrorisme med biologiske våpen. Dette samarbeidet vil bli videreført i 1999 med vekt på samordning av statlig beredskap og kompetanseheving i kommunene.

Statens næringsmiddeltilsyn prioriterte i 1997/98 intern kompetanseoppbygging i det offentlige næringsmiddeltilsynet, med særlig vekt på veiledning av kommunale næringsmiddeltilsyn i deres arbeid med kriseplaner. I det pågående arbeidet samarbeider SNT tett med regionale myndigheter, spesielt fylkesmennene. Arbeidet videreføres i 1999.

Statens strålevern har i 1997/98, i samarbeid med Direktoratet for sivilt beredskap og fylkesmennene, gjennomført kurs for sentralt og regionalt nivå av atomulykkesberedskapen. Det tas sikte på en videreføring og utvikling av kursene i 1999. Statens strålevern vil i 1999, i samarbeid med fylkesmannsembetene, også starte arbeid med å utarbeide et øvelsesopplegg for sentralt, regionalt og lokalt nivå av atomulykkesberedskapen.

Langtidsplan for det sivile beredskap:

Sosial- og helsedepartementet har i 1997/98 deltatt i arbeidet med ny langtidsplan for det sivile beredskap for perioden 1999 - 2002. Prosjektet ble koordinert av Justisdepartementet.

Legemiddelberedskap:

I 1994 ble det i regi av Statens helsetilsyn igangsatt et prosjekt med formål å gjennomgå den nasjonale legemiddelberedskapen mht. forsyningssvikt i fredstid og ved krig. Prosjektet har vurdert de etablerte beredskapssystemene innen legemiddelområdet og kommer med forslag til endrede beredskapsstrukturer i tråd med de overordnede styringssignalene for det sivile beredskap. Rapporten peker bl a på behovet for oppbygging av en egen enhet for forsyning og legemiddelberedskap. Prosjektrapporten har vært ute på høring, og er nå til behandling i departementet. En oppfølging av anbefalingene vil være meget omfattende og ressurskrevende og vil pågå fram mot år 2002. Som ledd i oppfølgingen er det i 1998 samlet inn og kassert ca. 60 medikamentenheter, og foretatt avhending av beredskapsveskesentraler.

Departementets legemiddelberedskap er basert på beredskapslagring av råvarer og ferdige produkter som i størst mulig grad rulleres gjennom leverandørene. Det er behov for en vesentlig styrking av den nasjonale legemiddelberedskap, og det er i 1998 foretatt investeringer i nødvendige legemidler.

Materiellberedskap:

I 1997 ble det startet et prosjekt for vurdering av materiellberedskapen i regi av Statens helsetilsyn, bl.a. basert på erfaringer fra legemiddelprosjektet. Det er laget en prosjektplan som i første omgang fokuserer på å analysere situasjonen nå og se på mulighetene for fredstidsutnyttelse av lagret materiell og etablering av en mer funksjonell lagerstruktur. En komplett gjennomgang av alt lagret materiell vil være meget omfattende og ressurskrevende og vil pågå frem mot år 2002.

2.2 Sosial- og trygdeberedskap

I 1997/98 har arbeidet i hovedsak rettet seg mot utarbeidelse av grunnlagsdokumenter, bla. når det gjelder internkontroll og planverk for kriser i fred og krig. Sosial- og trygdeberedskap inngår også i arbeidet med forslag til ny lov om helse- og sosialberedskap.

3. Tilstandsvurdering*Beredskapsplaner:*

De overordnede omleggingsplanene og kriseplanene forventes å danne et godt grunnlag for krisehåndtering. Rapporten fra Direktoratet for sivilt beredskap etter tilsynet med beredskapsarbeidet i departementet viser at krav og målsettinger stilt i lov, forskrifter og andre styrende dokumenter i hovedsak er tilfredsstillende ivaretatt.

Det er fortsatt nødvendig å forbedre katastrofe- og beredskapsplanene ved sykehusene.

Ved masseskader i fred eller krig kan behandlingsbehovet i et visst tidsrom bli større enn de tilgjengelige ressurser. Kvantitet og kvalitet i pasientbehandlingen må derfor sikres gjennom planlegging som er basert på en systematisk anvendelse av praktisk erfaring fra dagliglivet og erfaringer som høstes ved gjennomføring av beredskapsøvelser.

Parallelt med arbeidet med ny lov om helsemessig- og sosial beredskap og de erfaringer som vil høstes gjennom planprosjektene i Hordaland og Vestfold, vil departementet stimulere til innsats mht. samordning av beredskapsplaner og øving av disse på alle nivåer innen helsevesenet. Tilsyn med planverket og tilhørende øvelser vil kreve økte ressurser. Arbeidet vil strekke seg over flere år.

Økt sårbarhet vedrørende forsyningsforstyrrelser:

Sykehusene har i dag begrensede forbrukslagre. Hyppige og presise leveranser er nødvendig for å sikre optimal drift av et sykehus i en normalsituasjon. Planer for alternative leveranser finnes i svært begrenset omfang. Sykehusene er derfor sårbare overfor svikt i leveranser eller ved uventet økt forbruk av medisinsk forbruksmateriell og legemidler.

Det er etablert beredskapslagre med medisinsk forbruksmateriell og legemidler med tanke på kriser og forsyningssvikt i fred og eventuell krig. Utstyret beregnet på fred rulleres delvis gjennom internasjonale nødhjelpsaksjoner eller gjennom grossistenes generelle lagre, mens en del av utstyret beregnet på krig ikke rulleres.

Legemiddelprosjektet har vist at legemiddelgrossister og produsenter handler etter "just in time" prinsippet, noe som bidrar til reduserte legemiddellagre på landsbasis. Av medisinsk utstyr/forbruksmateriell er det svært lite som produseres i Norge, noe som gjør oss helt avhengige av leveranser fra utlandet. Bedre beredskap kan oppnås gjennom avtaler med legemiddelprodusenter og grossister, krisehandelsavtaler og samarbeid og samordning med Forsvarets lagre. Det er likevel behov for økte investeringer i legemidler og materiell for at beredskapen skal kunne opprettholdes på nåværende nivå i et helsevesen i sterk teknologisk utvikling.

4. Merknader til budsjettforslaget for 1999

Bevilgningsforslaget for 1999 er økt med kr 400 000 som følge av pris- og lønnsregulering, samtidig er kr 350 000 overført til kap. 700 Helsetilsynet til styrking av helseberedskapslogistikk. Bevilgningen under kap. 700 er økt med i alt kr 700 000 til styrking av helseberedskapslogistikk.

Antall årsverk ifølge det sentrale tjenestemannsregisteret pr 1. mars 1998 var 3.

Sosial- og helsedepartementet

tilrår:

I proposisjonen om statsbudsjettet for 1999 føres opp de summer som er nevnt i fremlagte utkast:

a. Sum utgifter under kap. 600-797, 2480 og 2481	Kr. 25 388 835 000
b. Sum inntekter under kap. 3600-3752, 5527, 5577, 5578, 5631, 5632	Kr. 1 145 074 000

FORSLAG

til vedtak om bevilgning for budsjetterminen 1999,
kapitlene 600-797, 2480, 2481, 3600-3752, 5527,5577,5578,5631 og 5632

I

Utgifter:

Kap.	Post	Kr	Kr	Kr	Kr
Administrasjon					
0600	Sosial- og helsedepartementet (jfr. kap. 3600)				
	01 Driftsutgifter	149 650 000			
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	5 350 000	155 000 000		
0604	Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v. (jfr. kap. 3604)				
	01 Driftsutgifter	20 200 000			
	70 Tilskudd til frivillighetssentraler	51 200 000	71 400 000	226 400 000	
Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmisbruk m.v.					
0610	Rusmiddeldirektoratet (jfr. kap. 3610)				
	01 Driftsutgifter	48 300 000			
	60 Forebyggende og kompetansegivende tiltak	33 000 000			
	70 Tilskudd til avholdsorganisasjoner m.m., <i>kan overføres</i>	56 600 000	137 900 000		
0612	Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (jfr. kap. 3612)				
	01 Driftsutgifter	8 100 000	8 100 000		
0614	Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmisbrukere m.v.				
	21 Spesielle driftsutgifter	35 150 000			
	63 Utvikling av sosialtjenesten og rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	115 150 000			
	70 Tilskudd	34 600 000	184 900 000		
0616	Statens klinikk for narkomane (jfr. kap. 3616)				
	01 Driftsutgifter	23 250 000	23 250 000	354 150 000	

Kap.	Post		Kr	Kr	Kr	Kr
Kontantytelser						
0660	Krigspensjon					
70	Tilskudd, militære, <i>overslagsbevilgning</i>		290 000 000			
71	Tilskudd, sivile, <i>overslagsbevilgning</i>		720 000 000	1 010 000 000		
0664	Pensjonstrygden for sjømenn					
70	Tilskudd		193 000 000	193 000 000		
0666	Avtalefestet pensjon (AFP)					
70	Tilskudd		378 000 000	378 000 000	1 581 000 000	
Eldre og funksjonshemmede						
0670	Tiltak for eldre					
61	Tilskudd til omsorgstjenester		2 111 200 000			
62	Styrking av geriatri, <i>kan overføres</i>		10 000 000			
70	Tilskudd til pensjonistenes organisasjoner m.m.		5 850 000			
72	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov		5 250 000	2 132 300 000		
0673	Tiltak for funksjonshemmede					
01	Driftsutgifter		16 800 000			
61	Oppfølging av ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming		1 097 200 000			
62	Tilskudd til utskriving av unge funksjonshemmede		45 000 000			
63	Begrenset bruk av tvang		108 000 000			
65	Psykisk utviklingshemmede med sikringsdom, <i>kan overføres</i>		31 000 000			
72	Tiltak for døvblinde		33 300 000			
73	Tilskudd til likemannsarbeid		12 300 000			
75	Tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner		79 900 000	1 423 500 000		
0674	Handlingsplan for funksjonshemmede					
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>		52 700 000			
60	Tilskudd til assistenter for funksjonshemmede		35 000 000	87 700 000		
0675	Tiltak for eldre og funksjonshemmede					
01	Driftsutgifter		10 000 000			
21	Spesielle driftsutgifter		22 950 000			
70	Tilskudd til spesielle formål		13 450 000	46 400 000		
0676	Kompetansesentra for funksjonshemmede					
01	Driftsutgifter		33 050 000			
21	Kompetansesystem for autister		10 000 000			
70	Kompetansesentra m.m.		45 050 000	88 100 000	3 778 000 000	

Kap.	Post		Kr	Kr	Kr	Kr
Helsetilsyn m.m.						
0700	Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jfr. kap. 3700)					
	01 Driftsutgifter		204 735 000			
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>		465 000	205 200 000		
0701	Forsøks- og utviklingsvirksomhet					
	21 Spesielle driftsutgifter		171 300 000	171 300 000		
0702	Nemnd for bioteknologi					
	01 Driftsutgifter		5 450 000	5 450 000		
0703	Helsetjenesten for innsatte i fengsel					
	01 Driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 60</i>		5 500 000			
	60 Tilskudd til kommuner og fylkeskommuner, <i>kan nyttes under post 01</i>		61 100 000	66 600 000		
0704	Giftinformasjonssentralen					
	01 Driftsutgifter		9 500 000	9 500 000		
0705	Kursvirksomhet og stipendier					
	60 Rekruttering m.m. av helsepersonell		21 000 000			
	61 Utdanningstiltak, turnustjeneste m.v.		48 400 000			
	62 Bedriftsintern utdanning m.v.		33 200 000			
	71 Tilskudd til kurs og stipendier til personell innen helsevesenet m.m.		15 500 000	118 100 000	576 150 000	
Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering						
0710	Statens institutt for folkehelse (jfr. kap. 3710)					
	01 Driftsutgifter		192 850 000			
	21 Formidlingsvirksomhet		94 800 000			
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>		4 750 000	292 400 000		
0711	Statens rettskikologiske institutt (jfr. kap. 3711)					
	01 Driftsutgifter		52 900 000			
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>		3 860 000	56 760 000		
0712	Statens helseundersøkelser (jfr. kap. 3712)					
	01 Driftsutgifter		40 100 000			
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>		1 100 000	41 200 000		
0713	Statens ernæringsråd (jfr. kap. 3713)					

Kap.	Post	Kr	Kr	Kr	Kr
	01	Driftsutgifter	23 500 000	23 500 000	
0714		Statens tobakkskaderåd (jfr. kap. 3714)			
	01	Driftsutgifter	36 420 000	36 420 000	
0715		Statens strålevern (jfr. kap. 3715)			
	01	Driftsutgifter	43 700 000	43 700 000	
0716		Kreftregisteret (jfr. kap. 3716)			
	01	Driftsutgifter	26 525 000		
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	425 000	26 950 000	
0718		Rehabilitering			
	21	Spesielle driftsutgifter	19 000 000		
	60	Rehabilitering	117 500 000	136 500 000	
0719		Helsefremmende og forebyggende arbeid			
	01	Driftsutgifter	235 000		
	21	Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren, <i>kan overføres</i>	58 340 000		
	61	Mammografiscreening	48 240 000		
	66	Handlingsplan mot selvmord, <i>kan overføres</i>	7 700 000		
	70	Handlingsplan mot HIV/AIDS -epidemien og smittevern, <i>kan overføres</i>	21 600 000		
	71	Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap m.v.	20 000 000		
	72	Stiftelsen AAN-Alternativ til abort i Norge	11 100 000	167 215 000	824 645 000

Somatiske spesialisttjenester

0730		Fylkeskommunenes helsetjeneste			
	60	Innsatsstyrt finansiering av sykehus	9 289 000 000		
	61	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus m.v.	2 720 000 000		
	62	Tilskudd til regionsykehus	1 500 800 000		
	63	Refusjon godkjente kapitalutgifter	281 000 000		
	64	Tilskudd til utstyr på sykehus, <i>kan overføres</i>	284 000 000		
	66	Helseregionale og andre samarbeidstiltak, <i>kan overføres</i>	12 000 000		
	67	Andre tilskudd	42 500 000	14 129 300 000	
0731		Rikshospitalet			
	50	Statstilskudd	1 149 000 000	1 149 000 000	
0733		Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger			
	01	Driftsutgifter	4 500 000	4 500 000	

Kap.	Post		Kr	Kr	Kr	Kr
0734	Det norske Radiumhospital					
	50 Statstilskudd		278 800 000	278 800 000		
0735	Statens senter for epilepsi (jfr. kap. 3735)					
	01 Driftsutgifter		118 700 000			
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>		2 760 000	121 460 000		
0737	Barnesykehus (jfr. kap. 3737)					
	01 Driftsutgifter		43 000 000			
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>		400 000	43 400 000		
0738	Helsetjenesten på Svalbard (jfr. kap. 3738)					
	01 Driftsutgifter		11 200 000	11 200 000		
0739	Andre utgifter (jfr. kap. 3739)					
	21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>kan nyttes under post 65</i>		78 850 000			
	60 Tilskudd til helsepersonellbemanning i luftambulansetjenesten		59 000 000			
	61 Tilskudd til driftsavtaler		180 000 000			
	64 Tilskudd til RIT 2000, <i>kan overføres</i>		67 300 000			
	65 Kreftbehandling m.m., <i>kan nyttes under post 21</i>		123 000 000			
	70 Behandlingsreiser til utlandet		60 000 000			
	71 Tilskudd til Norsk Pasientforening m.fl.		3 280 000			
	72 Tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning		29 450 000			
	74 Reiseutgifter, turnuskandidater		8 400 000	609 280 000	16 346 940 000	
Psykisk helsevern						
0740	Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (jfr. kap. 3740)					
	01 Driftsutgifter		16 700 000			
	60 Tilskudd til Oslo kommune		7 600 000	24 300 000		
0742	Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatiske pasienter					
	01 Driftsutgifter		17 000 000			
	60 Tilskudd		3 800 000	20 800 000		
0743	Statlige stimuleringsiltak for psykisk helsevern					
	21 Spesielle driftsutgifter		19 750 000			
	60 Utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>		65 700 000			

Kap.	Post	Kr	Kr	Kr	Kr
	61	Tilskudd til psykososialt arbeid for flyktninger, <i>kan overføres</i>	15 500 000		
	62	Tilskudd til psykiatri i kommuner	564 000 000		
	63	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern i fylkene	502 900 000		
	64	Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern for voksne	38 000 000		
	65	Utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom	145 000 000		
	70	Tilskudd til forskning, videre- og etterutdanning, <i>kan overføres, kan nyttes under post 60</i>	85 540 000		
	72	Tilskudd til Modum bads nervesanatorium	63 070 000	1 499 460 000	1 544 560 000
Legemidler					
0750		Statens legemiddelkontroll (jfr. kap. 3750 og 5578)			
	01	Driftsutgifter	63 785 000		
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	1 415 000	65 200 000	
0751		Apotekvesenet (jfr. kap. 3751 og 5577)			
	70	Tilskudd til apotek	79 640 000	79 640 000	144 840 000
Helse- og sosial beredskap					
0797		Helse- og sosial beredskap			
	01	Driftsutgifter	12 150 000	12 150 000	12 150 000
Sum Sosial- og helsedepartementets utgifter					25 388 835 000

Statens forretningsdrift

2480		Rikshospitalets apotek (jf kap 5491 og 5603)			
	24	Driftsresultat:			
		Driftsinntekter	-122 090 000		
		Driftsutgifter	121 990 000		
		Renter	70 000		
		Avskrivninger	30 000	0	
2481		Radiumhospitalets apotek (jf kap 5491 og 5603)			
	24	Driftsresultat:			
		Driftsinntekter	- 65 749 000		
		Driftsutgifter	65 568 000		
		Avskrivninger	117 000		
		Renter	64 000	0	

Inntekter

Kap.	Post	Kr	Kr	Kr	Kr
3600	Sosial- og helsedepartementet (jfr. kap. 600)				
	02 Salg av publikasjoner m.v.	4 000	4 000		
3610	Rusmiddeldirektoratet (jfr. kap. 610)				
	02 Salgs- og leieinntekter	1 150 000			
	04 Gebyrinntekter	12 300 000	13 450 000		
3612	Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (jfr. kap. 612)				
	02 Oppdragsinntekter	310 000	310 000		
3613	Statens fond for alkoholfrie overnattings- og serveringssteder (jfr. kap. 613)				
	50 Refusjon fra fondet	6 000 000	6 000 000		
3616	Statens klinikk for narkomane (jfr. kap. 616)				
	02 Salgs- og leieinntekter	1 110 000			
	60 Refusjon fra fylkeskommuner	15 180 000	16 290 000		
3661	Sykepenges				
	55 Refusjon fra folketrygden	692 200 000	692 200 000		
3700	Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jfr. kap. 700)				
	70 Refusjon av kontrollutgifter	750 000	750 000		
3710	Statens institutt for folkehelse (jfr. kap. 710)				
	02 Salgs- og leieinntekter	63 850 000	63 850 000		
3711	Statens rettsstoksikologiske institutt (jfr. 711)				
	03 Diverse lønnsinntekter	710 000	710 000		
3712	Statens helseundersøkelser (jfr. kap. 712)				
	02 Salgs- og leieinntekter	3 270 000	3 270 000		
3713	Statens ernæringsråd (jfr. kap. 713)				
	02 Salgs- og leieinntekter	62 000	62 000		
3714	Statens tobakksskaderåd (jfr. kap. 714)				
	02 Salgs- og leieinntekter	41 000	41 000		
3715	Statens strålevern (jfr. kap. 715)				
	02 Salgs- og leieinntekter	615 000	615 000		

Kap.	Post		Kr	Kr	Kr	Kr
3716		Kreftregisteret (jfr. kap. 716)				
	03	Oppdragsinntekter	1 100 000	1 100 000		
3735		Statens senter for epilepsi (jfr. kap. 735)				
	02	Salgs- og leieinntekter	5 400 000			
	60	Refusjon fra fylkeskommuner	71 000 000	76 400 000		
3737		Barnesykehus (jfr. kap. 737)				
	02	Salgs- og leieinntekter	1 270 000			
	60	Refusjon fra fylkeskommuner	3 500 000	4 770 000		
3738		Helsetjenesten på Svalbard (jfr. kap. 738)				
	02	Salgs- og leieinntekter	1 350 000	1 350 000		
3739		Behandlingsreiser til utlandet (jfr. kap. 739)				
	02	Egenandeler	6 000 000			
	03	Diverse inntekter	3 500 000	9 500 000		
3740		Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (jfr. kap. 740)				
	02	Salgs- og leieinntekter	300 000			
	60	Refusjon fra fylkeskommuner	12 000 000	12 300 000		
3750		Statens legemiddelkontroll (jfr. kap. 750)				
	02	Gebyrinntekter	150 000	150 000		
3751		Apotekvesenet (jfr. kap. 751)				
	03	Tilbakebetaling av lån	200 000	200 000	903 322 000	
Skatter og avgifter						
5527		Vinmonopolavgiften m.m.				
	72	Gebyr på statlige skjenkebevillinger	500 000			
	73	Vinmonopolavgiften	27 200 000	27 700 000		
5577		Avgift til staten av apotekenes omsetning (jfr. kap. 1507 og 751)				
	70	Avgift	87 500 000	87 500 000		
5578		Avgift på farmasøytiske spesialpreparater (jfr. kap. 750)				
	70	Registreringsavgift	36 320 000			
	71	Kontrollavgift	25 230 000	61 550 000	176 750 000	
Renter og aksjeutbytte						
5631		Aksjer i A/S Vinmonopolet				
	80	Statens overskuddsandel	40 000 000			
	81	Utbytte	2 000	40 002 000		

Kap.	Post	Kr	Kr	Kr	Kr
5632	Aksjer i A/S Norsk medisinaldepot				
	80 Utbytte	25 000 000	25 000 000	65 002 000	
Sum Sosial- og helsedepartementets inntekter					1 145 074 000

II Bestillingsfullmakt

Stortinget samtykker i at Sosial- og helsedepartementet i 1999 kan:

1. foreta bestillinger for inntil 4 mill. kroner utover gitt bevilgning under kap 710 Statens institutt for folkehelse, post 01 Driftsutgifter
2. foreta bestillinger for inntil 45 mill. kroner utover gitt bevilgning under kap 710 Statens institutt for folkehelse, post 21 Formidlingsvirksomhet

III Betinget tilsagn om tilskudd

Stortinget samtykker i at Sosial- og helsedepartementet i 1999 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 1999 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 1999 kan overskride bevilgningene under:

1. kap 610 Rusmiddeldirektoratet post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3610, post 03 Oppdragsinntekter
2. kap 612 Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3612, post 02 Oppdragsinntekter
3. kap 700 Statens helsetilsyn og fylkeslegene, post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3700, postene 02 Oppdragsinntekter, 03 Refusjon fra NORAD, 04 Diverse inntekter og 70 Refusjon av kontrollutgifter
4. kap 710 Statens institutt for folkehelse, postene 01 Driftsutgifter og 21 Formidlingsvirksomhet mot tilsvarende merinntekt under kap 3710, post 02 Salgs- og leieinntekter
5. kap 711 Statens rettsstoksikologiske institutt, post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3711, post 03 Diverse lønnsinntekter
6. kap 712 Statens helseundersøkelser, post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3712, post 02 Salgs- og leieinntekter
7. kap 714 Statens tobakkskaderåd, post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3714, post 02 Salgs- og leieinntekter
8. kap 715 Statens strålevern, post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3715, postene 02 Salgs- og leieinntekter og 03 Diverse lønnsinntekter
9. kap 716 Kreftregisteret, post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3716, posten 03 Oppdragsinntekter

10. 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

VI
Andre fullmakter

Stortinget samtykker i at:

1. kap 731 Rikshospitalet og kap 734 Det norske Radiumhospital gis unntak fra Bevilgningsreglementets § 4. Budsjettets omfang.
2. ubrukte bevilgninger for 1998 under kap 731 Rikshospitalet og 734 Det norske Radiumhospital, postene 01 Driftsutgifter og 45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, kan overføres i samsvar med vanlige regler til 1999 til henholdsvis kap 731, post 50 Statstilskudd og 734, post 50 Statstilskudd.
3. statens andel i 1999 av driftsoverskuddet i A/S Vinmonopolet fastsettes til 35 pst. av resultatet i 1998, før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgiften.
4. det av avgiftspliktig omsetning ved apotekene i 1999 skal svares avgift etter disse satser:
Av de første kr 15 000 000: ingen avgift
Av de neste kr 8 000 000: 2,5 pst.
Av de neste kr 10 000 000: 3,5 pst.
Av resten: 4,0 pst.

Det gis et bunnfradrag på 6 mill kroner for hvert filialapotek i avgiftsgrunnlaget.

